Obesidad: el peso de las desigualdades de género entre las y los indígenas chontales de Nacajuca, Tabasco[i]

Dra. Marcelina Cruz-Sánchez*
Profesora-investigadora
División Académica de Ciencias de la Salud
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Dra. Esperanza Tuñón-Pablos*
Investigadora titular "C"
El Colegio de la Frontera Sur

Dra. Martha Villaseñor-Farías*
Profesora-investigadora
Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Universidad de Guadalajara

Dra. Guadalupe del Carmen Álvarez-Gordillo*
Investigadora titular
El Colegio de la Frontera Sur

Dr. Ronald Byron Nigh-Nielsen*
Investigador titular
Centro de Investigación y Estudios Superiores
en Antropología. Unidad Sureste

[i] Esta es una versión actualizada y modificada del artículo publicado en la revista electrónica Población y Salud en Mesoamérica, vol. 9, núm. 2, artículo 2, enero-junio, 2012, disponible en http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/722-

* Correos electrónicos: marcelina.cruz@ujat.mx, etunon@ecosur.mx, galvarez@ecosur.mx, mvillase@hotmail.com y rbnigh@gmail.com

Introducción

El sobrepeso y la obesidad son condiciones que se caracterizan por el depósito anormal de grasa en el cuerpo e incrementan el riesgo para desarrollar otros padecimientos como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias en mama, endometrio, colon y próstata, entre otras.[1] Ambas se presentan por igual entre mujeres y hombres de todas las edades; no obstante, las primeras tienen mayores tasas de obesidad. Lo anterior se vincula con la maternidad, el trabajo doméstico, el estrato socioeconómico bajo y menores índices de escolaridad,[2,3] explicaciones que no aportan argumentos suficientes para comprender las razones de que esto ocurra.

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, desde el año 1999 la obesidad se ha incrementado en México,[4,ii] mientras que la encuesta realizada en 2006 reveló que ambas condiciones seguían aumentando en todas las edades, regiones y grupos socioeconómicos, por lo que se colocó entre los problemas de salud pública más importantes.

En el año 2007, en Tabasco, las personas mayores de 20 años presentaban prevalencia de sobrepeso más obesidad de 73% (para mujeres, 75.9% y para hombres, 69.2%), en tanto que la urbana fue de 75.9% y la rural de 69.1%. Respecto a la circunferencia de cintura (obesidad abdominal), la prevalencia fue de 73.2%, con marcada diferencia entre sexos: 80.8% para las mujeres y 63.3% para los hombres.[5] Como se observa, ellas presentaban ambas condiciones con mayor frecuencia que ellos.

De acuerdo con lo anterior, la pregunta que guía este artículo es: ¿cuáles son los determinantes que explicarían las diferencias y desigualdades existentes en el incremento del fenómeno del sobrepeso y de la obesidad en mujeres y hombres? Así, además de las explicaciones citadas en la literatura, se deben considerar los patrones de socialización, los roles familiares, las obligaciones y pautas culturales, pues son factores sociales que pocas veces se exploran al intentar comprender ambas condiciones y que con frecuencia generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres,[6] con importante influencia en su salud, lo que en gran medida expone su mayor morbilidad por trastornos crónicos, incluida la obesidad.

Adriana Rosales

Objetivos

En este trabajo exploramos las desigualdades de género que subyacen al fenómeno del sobrepeso y la obesidad de las mujeres de la etnia chontal en Nacajuca, Tabasco, así como las dificultades a las que se efrentan para realizar el ejercicio físico[iii] que es recomendado para controlar el sobrepeso, en relación con las creencias prevalecientes en torno al destino corporal de las mujeres tras la unión y maternidad.

Desarrollo

Las estadísticas de obesidad desagregadas por sexo a nivel nacional y en el estado de Tabasco, no permiten un análisis nítido de la situación por etnia y género. Por otro lado en México, al igual que en otros países de América Latina, las poblaciones indígenas se caracterizan por ser grupos altamente frágiles en varios aspectos, pues ser indígena incrementa la probabilidad de estar en condiciones de pobreza y por lo tanto de alcanzar menos años de educación, a la vez que disminuye el acceso a los servicios básicos de salud.[8]

En lo referente al sobrepeso y la obesidad en Latinoamérica, la salud de mujeres y hombres indígenas ha sido abordada, de manera primordial, a través de estudios de corte cuantitativo; los cuales coinciden en señalar el incremento de estas

[ii] Uno de los resultados de la ENSANUT 1999 fue el descubrimiento de una epidemia de obesidad entre las mujeres adultas en México.
[iii] El ejercicio físico es un subconjunto de la actividad física que es planeado, estructurado, repetitivo y propositivo, llevando al mejoramiento o mantenimiento de la condición física.[7]

condiciones en la población.[9-13] También se resalta la subrepresentación de la población indígena en estudios epidemiológicos, así como una mayor prevalencia de la obesidad en las mujeres. Se afirma que las condiciones señaladas con anterioridad deben considerarse enfermedades sociales e indicadores de desigualdad social; además, se subraya que en el fenómeno conocido como transición nutricional ocurre el desplazamiento de la desnutrición por la obesidad y el sobrepeso entre las poblaciones más pobres, así como entre los pueblos indígenas de esta región.[iv] Sin embargo, poco se ha indagado acerca de la relación entre las desigualdades de género y el tema del cuerpo con sobrepeso y obesidad, desde la perspectiva de las personas indígenas.

En este trabajo entendemos el género como la construcción social de la diferencia sexual, ya que a través de ésta, la cultura determina lo que implica "ser mujer" o "ser hombre", asignando un conjunto de pautas y funciones que les distinguen.[15]

De esta forma, el uso del concepto de género para analizar el fenómeno de la obesidad proporciona una categoría de análisis que permite observar los procesos de enfermedad en mujeres y hombres, para poder afirmar que las diferencias no sólo están ligadas al sexo al que se pertenece, sino también a las formas de vivirlo y a las condicionantes sociales imperantes en un contexto determinado.[16] En consecuencia, partimos del supuesto de que la sola desagregación por sexo oculta las diferencias y desigualdades de género, cuestión que dificulta la comprensión necesaria para ampliar el conocimiento acerca del sobrepeso y la obesidad, ambas condiciones con mayor prevalencia entre las mujeres.

Los estudios sobre las desigualdades de género en salud se han concentrado en mujeres mestizas de bajos ingresos en áreas urbanas[17] y, aunque existen algunos trabajos en zonas indígenas de México,[18] poco se ha indagado entre la población chontal de Tabasco, estado ubicado en el sureste de este país y que se considera con alto índice de desigualdad de género[v], sólo por debajo de Chiapas.[19]

Para fines de este artículo, entendemos las desigualdades de género como las diferencias evitables, innecesarias e injustas entre mujeres y hombres que se relacionan con su condición de "ser mujer o "ser hombre".[16] Además, conceden ventajas a ellos que los colocan por encima de ellas en diversos aspectos que se reflejan en su estado de salud como la educación, la ocupación, el ingreso, la distribución del trabajo doméstico y el acceso a los servicios de salud, al deporte y a la recreación.

Al interior de las familias, las diferencias de género se manifiestan de distintas formas: en la división intrafamiliar del trabajo, en los mecanismos de control de la libertad de movimiento de las mujeres, en el ejercicio de la violencia en contra de ellas, entre otros.[20,21]

El conocimiento de las asimetrías de género que subyacen al cuerpo con sobrepeso de mujeres y hombres, es indispensable para los objetivos de la promoción de un estilo de vida saludable entre la población en general, y de las mujeres en particular, toda vez que la evidencia actual señala a la obesidad y a la obesidad central como condiciones que predisponen la aparición del llamado síndrome metabólico.[22,vi]

Diseño y metodología de la investigación

De las y los informantes y las entrevistas

Se realizó un estudio cualitativo desarrollado desde la metodología interpretativa, pues la finalidad fue la comprensión de la subjetividad y el conocimiento del significado desde la perspectiva de las y los informantes.[23] Así, se llevaron a cabo entrevistas a profundidad a mujeres y hombres quienes se ubicaban en tres etapas diferentes de vida: adolescencia, adultez y vejez. Además, para fines de este estudio, también se categorizaron en tres subgrupos a partir de la adscripción de su propio cuerpo en los siguientes tipos: delgado, con sobrepeso y obeso (gordo). Con el propósito de comparar dicha adscripción, se obtuvo el índice de masa corporal (IMC) de cada persona.[vii]

[iv] La transición nutricional se refiere al cambio de altas tasas de desnutrición hacia el aumento de enfermedades crónicas (gordura, diabetes, presión alta, cardiacas, entre otras) relacionadas con la dieta, como resultado de la urbanización, la reducción de la actividad física y la modificación en el consumo de alimentos.[14]

[v] Para construir este índice se utilizan variables como la escolaridad, el rezago educativo, la ocupación por sector de la economía, el acceso a la educación superior, el ingreso y los hogares con ingreso femenino, entre otros.

[vi] El síndrome metabólico es un grupo de trastornos que predisponen al desarrollo de enfermedades como: hipertensión arterial, aumento de los niveles de glucosa, incremento de triglicéridos, bajos niveles sanguíneos de HDL (colesterol bueno) y exceso de grasa alrededor de la cintura.

[vii] El IMC se calculó a partir de la medición del peso y la estatura de las y los informantes con la fórmula del producto del peso/estatura^2, se utilizó una báscula mecánica de pie con altímetro, calibrada antes de iniciar las mediciones.

De acuerdo con lo anterior, un IMC menor a 18 kg/m^2 se consideró como bajo peso o delgadez; los valores ubicados entre 18 y 23 se estimaron como peso normal; entre 25 y 27 (o 23 y 25, en talla baja[viii]), se indicó sobrepeso, y si superaba 27[1] (o 25, en talla baja), se catalogó como obesidad. Se elaboró una guía de entrevista con las siguientes categorías de análisis: normas de género, adscripción al grupo indígena chontal, estilo de vida, significados del cuerpo y hábitos de alimentación.

Las entrevistas con las y los informantes se llevaron a cabo en sus domicilios y se contó con su consentimiento informado por escrito. Su selección se realizó a través de la técnica de bola de nieve, la cual inició con las observaciones del personal del centro de salud de la comunidad, por lo que el total de participantes fue de 15 personas, con edades comprendidas entre los 17 y 74 años.

El contexto socio espacial

El estado de Tabasco se ubica en el sureste de la República Mexicana, en la costa del Golfo de México y se divide en 17 municipios agrupados en cuatro regiones geoeconómicas: Centro, Sierra, Ríos y Chontalpa. En esta última se localiza el municipio de Nacajuca, el más cercano a la capital del estado, a una distancia aproximada de 25 kilómetros, con una extensión territorial de 488.37 kilómetros cuadrados[24] y su cabecera municipal es la ciudad del mismo nombre, que se encuentra a diez metros sobre el nivel del mar y limita al norte con los municipios de Jalpa de Méndez, Centla y Centro y al sur con los de Cunduacán y Jalpa de Méndez.

El contexto seleccionado para la investigación fueron las dos secciones de la ranchería Tecoluta, localizada a 12 kilómetros de la cabecera municipal de Nacajuca, en lo que se conoce como "corredor de pueblos chontales", y a 40 kilómetros de la ciudad de Villahermosa, capital del estado. Esta comunidad es considerada de alta marginación,[25] concentra el mayor número de hablantes de la lengua chontal de Tabasco y entre 60% y 70% de sus habitantes tiene algún grado de sobrepeso, así como diabetes mellitus tipo 2, en particular las mujeres.[26]

El procedimiento para el análisis cualitativo[27] incluyó la transcripción de entrevistas audiograbadas; la utilización de una matriz analítica y su codificación; la relectura para reconocer la estructura textual y un primer nivel de análisis; la categorización analítica de acuerdo con conceptos teóricos, categorías de investigación y temáticas de los textos; la segmentación y codificación, es decir, la extracción de fragmentos: párrafos, oraciones, frases o palabras considerados significativos y que constituyen las unidades de sentido o de análisis.

[viii] Se considera talla baja en la mujer adulta cuando su estatura es menor de 1.50 metros y para el hombre cuando es menor de 1.60 metros.

Resultados

Caracterización de las y los informantes

El cuadro 1 establece el perfil sociodemográfico de las personas que participaron en esta investigación, así como la relación que tiene la autopercepción de su cuerpo con el IMC que presentan. De esta forma, se destaca el tamaño del cuerpo al que se adscribieron las y los participantes el cual, por lo general, contrasta con el IMC.

De las siete mujeres que se adscribieron al cuerpo "normal", sólo una pertenece a ese rango, de acuerdo al IMC; entre las otras seis mujeres, tres presentaban obesidad y tres más tuvieron bajo peso. En el caso de los hombres, tres se percibieron con cuerpo "normal", pero de acuerdo con el IMC se ubican en obesidad. Las dos mujeres y el hombre que se adscribieron al cuerpo obeso, concordaron con su IMC. Finalmente, la mujer y el hombre que mencionaron tener un cuerpo delgado, coincidieron con el índice referido.

Cuadro 1

Perfil sociodemográfico y relación auto percepción corporal/índice de masa corporal (IMC)

	Mujeres	Hombres
	10	5
Edad (Años)		
15-29	3	2
30-59	5	1
60 y más	2	2
Escolaridad		
Ninguna	3	2
Primaria	1	1
Secundaria	4	0
Preparatoria	2	1
Profesional	0	1
Estado civil		
Casadas/os y unidas/os	7	3
Solteras/os	3	2
Ocupación		
Trabajo doméstico	5	0
Artesana/o	0	2
Empleada/o	2	0
Desempleada/o	0	1
Profesional	0	1
Estudiante	3	1
Autopercepción del cuerpo		
Bajo peso (muy delgado)	1	1
Normal	7	3
Sobrepeso	2	1
IMC		
Bajo peso	4	1
Normal	1	0
Sobrepeso/obesidad	5	4

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las entrevistas.

En síntesis, entre las 15 personas informantes, la relación autopercepción corporal/IMC sólo coincidió en cuatro mujeres y en dos hombres; es decir, nueve informantes perciben su cuerpo como "normal", mientras que la medición del IMC los ubica en otro nivel, y destacan nueve (cinco mujeres y cuatro hombres) que, según este índice, se encuentran en obesidad. De acuerdo con lo anterior, la adscripción al cuerpo "normal" se mencionó de igual forma entre ambos sexos, lo que se puede interpretar como una norma en la comunidad.

En el análisis del discurso de las y los informantes, por condición de estado civil, entre las mujeres unidas destaca la creencia de que al casarse y tener hijas/os, es "normal" que ellas engorden:

> Cuando tienes hijos ya no eres igual cuando antes, de soltera. Las mujeres solteras tienen su cuerpo "normal"; así pues, que ni están gordas ni están flacas. Cuando se casan, las mujeres se engordan porque ya tienen su bebé, y luego quizá hay mujeres que le dan pecho a su bebé, es el cambio. Entre más hijos tengan, más gorditas se ponen. Así es, pero si tienen uno, se quedan normales.
>
> (Mujer casada de 35 años con cinco hijas/os, obesa)

Por su parte, las adolescentes hacen referencia al cuerpo "normal" de acuerdo con lo que ven en sus compañeras/os de la escuela o de la propia comunidad. Respecto al sobrepeso, en el discurso de las personas de este grupo de edad se nombra una gordura "normal" y otra que no lo es. Sobre la primera señalaron: "es la que más abunda en la localidad y la segunda casi no existe aquí".

Al profundizar en estas definiciones, se encontró que la "gordura normal" es el sobrepeso, la obesidad que no limita sus actividades y que es aceptable para la comunidad. En este sentido, en la televisión han visto programas en los que se muestran personas gordas en cama y consideran que "ésa sí es una enfermedad y aquí no hay de eso":

> No todas las gorduras son enfermedad, porque hay algunos que están sanos, porque son normales, de eso que llaman un sobrepeso. Es gordura normal. Los que están enfermos son los que tienen mucha obesidad, pero hay algunos que tienen una gordura normal.
>
> (Mujer soltera de 18 años, estudiante, delgada)

A diferencia de los discursos anteriores, entre las personas adultas y adultas mayores, la gordura representa un signo de bienestar y no de enfermedad, como lo enuncia el discurso médico, además, es considerada como herencia inevitable de los padres:

> –¿Qué es para usted estar gordo?
>
> –Una persona gorda, pos no lo considero como enfermedad; lo considero que así son sus padres de gorditos y por eso ella también es gordita. Ya ves que mi hija está bien gordita, así eran mis tías. Algunos se burlan de ella, es un bombón, dicen. Mi finado padre y mi tío, ¡eran bien gorditos! Digo yo, ¿por qué lo voy a considerar una enfermedad? Yo creo que no es una enfermedad, además, no molesta eso de que sea gordita, no molesta.
>
> (Hombre casado de 63 años con 12 hijas/os, obeso)

Los testimonios anteriores muestran que la experiencia cotidiana con el cuerpo obeso (gordo) es atribuida en esta comunidad a la herencia familiar y que, siendo transmitida de las madres y los padres a las hijas/os, no hay que darle mayor importancia, pues es parte de la vida familiar y comunitaria. Así, la percepción de enfermedad que subyace es la de condición de malestar o incomodidad, mientras que la gordura, que la biomedicina llama obesidad y la considera como una enfermedad, no se acerca a esas características.

Desigualdades de género y sobrepeso corporal

Durante las entrevistas, las y los informantes expresaron con claridad los roles social y culturalmente asignados a mujeres y varones. De ellas se espera que se casen y realicen el trabajo doméstico, mientras que la expectativa para los hombres es que salgan a trabajar y mantengan a su familia.

Respecto a la violencia intrafamiliar, las mujeres entrevistadas asumieron que si la mujer se queda en casa y hace su trabajo, el hombre no debe tratarla mal. Este discurso encierra el hecho, no mencionado, de que la violencia contra la mujer se justifica si ella no se ajusta al papel que la cultura le asigna:

> Cuando el hombre se va a pescar, la mujer queda en su casa, cuida a sus hijos, echa la tortilla, a esperar si cae o no cae la comida... hace el pozol.[ix] Aquí no hay mucho de eso de que salen [a trabajar] porque son responsables de su familia; ya se casaron, pues ya se tienen que quedar en su casa [las mujeres]. Y el esposo está en que la apoye, o sea que la trate bien, que no la esté regañando, jalando el cabello, eso no se hace porque la mujer se comporta bien, la mujer también se debe tratar bien.
>
> (Mujer casada de 36 años, empleada, delgada)

[ix] El pozol es una bebida ancestral del pueblo chontal, elaborada con maíz cocido y molido y cacao; aunque se puede elaborar también sólo de maíz. Se consume fresco o fermentado y constituye un alimento importante en la dieta tradicional de los pueblos mesoamericanos desde antes de la conquista española. Como cita Ruz: "Tenían por costumbre, [en] especial los indios chontales, no comer sino sólo beber, y si comían era muy poco, y bebían una bebida que se hace de la moneda suya, que es el cacao, de suerte que se hace un brebaje algo espeso, el cual es grande mantenimiento, y asimismo otro de maíz cocido que se dice pozol... hacen alguno de esto acedo para beber con las calores, porque es fresco y esto es lo más sano".[28]

Marcelina Cruz Sánchez

Las desigualdades de género inciden en los determinantes y el estado de la salud, en la manera de participar para la producción de la misma y en el acceso a la atención apropiada.[29] Por lo anterior, es pertinente analizar por qué las mujeres muestran un cuerpo con mayor obesidad –en particular, obesidad central–, en relación con los hombres y su vínculo con la preocupación, manifestada por ellas, de tener "panza"[x]. Las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, ambas presentes con mayor frecuencia entre las mujeres que entre los hombres de esta comunidad, son consecuencias en la salud derivadas de la acumulación de grasa abdominal,[30] lo cual se pudo observar en el control que realiza el centro de salud local, donde se atienden de diabetes mellitus a 38 mujeres y sólo a cuatro hombres.[xi]

Por otro lado, se ha correlacionado el estrés con la acumulación de grasa abdominal,[31] aunque esto no es un conocimiento reciente, la innovación es que permite comprender los efectos de las situaciones estresantes que viven estas mujeres y la forma en que las enfrentan. Al respecto, cabe subrayar que las desigualdades de género prevalecientes en la cultura chontal permean estas condiciones estresantes, lo que incide en que mujeres y hombres resuelvan las situaciones de estrés con habilidades diferentes. En este sentido una mujer de 70 años con sobrepeso señaló que una vida sin estrés es: "cuando una persona está sana, está contenta, no le duele nada y no la asusta el borracho".

Además, las y los entrevistados mencionaron que en su comunidad hay muchas mujeres a las que las "asustan los borrachos", interpretamos estas palabras como una situación de violencia provocada por el alcoholismo de los hombres,[32] quienes agreden a sus compañeras en su domicilio, y ellas se "asustan" por esta situación. Lo anterior produce estrés en la vida cotidiana de las mujeres lo que, aunado a la pobreza y al confinamiento derivado del trabajo doméstico, propicia el incremento de lo que se conoce como "carga alostática". [xii]

[x] Se refiere a la obesidad abdominal, que en las mujeres se manifiesta por una medida de la circunferencia de la cintura mayor de 88 centímetros y en los hombres mayor a 102 centímetros.

[xi] Según datos del Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud de Tabasco, en el corredor de pueblos indígenas, por cada hombre que se diagnostica con diabetes mellitus 2, se detectan 2.28 mujeres; mientras que por cada 2.44 mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial, se detecta a un hombre. En la comunidad estudiada, las personas asisten al centro de salud como requisito para continuar en el programa social Oportunidades; si bien es cierto que quienes más acuden son las mujeres, un día de cada mes debe asistir toda la familia, en caso de faltar, la consecuencia es que se dan de baja del mismo.

[xii] La carga alostática es "el desgaste en el cuerpo", el cual crece con el tiempo, cuando la persona está expuesta a estrés repetido y puede desencadenar la enfermedad de manera crónica.

Sin embargo, esto no significa que los hombres no enfrenten situaciones de estrés debidas al papel que las normas hegemónicas de género[xiii] les imponen, como ser proveedores, ya que aumentan las tensiones cuando carecen de empleo o no pueden obtener el alimento para ellos y sus familias de los recursos naturales de la región, cada vez más escasos. La diferencia respecto a las mujeres reside en que a ellos se les permite ampliar los espacios destinados al esparcimiento y ejercicio, los cuales están negados para ellas:

–¿Practica algún deporte?
–No.
–¿Por qué?
–Porque las mujeres no podemos salir. Cuando estamos casadas, ya no.
–Entonces, cuando están solteras, ¿sí?
–No, tampoco.
–¿Usted le tiene que pedir permiso a su esposo para salir?
–Sí.
–¿Y si no le da permiso?
–No voy. Si me da permiso, me voy con confianza.
–Y si se va sin pedir permiso, ¿qué pasa?
–Sí, a veces que tengo que ir a un mandado urgente, pero cuando ya vengo y él está, sí tengo que decirle adonde fui.

(Mujer casada de 36 años con cinco hijas/os, obesa)

Desigualdades de género en el acceso a espacios de actividad física, deporte y ejercicio

En las entrevistas realizadas, la palabra "ejercicio" parece no tener el mismo significado para las mujeres que para los hombres. Para ellos significa deporte, como el fútbol, salir a la calle o ir al campo deportivo que hay en la comunidad; mientras que para las mujeres, esta palabra tiene otros significados, referidos al trabajo doméstico:

–¿Usted hace algún tipo de ejercicio?
–Pues ahora no hago, porque casi no veo.
–¿Y antes?
–¡Antes sí! Trabajaba yo, [me] levantaba yo desde las cuatro de la mañana. Todo tengo que hacer, tengo que hacer mi café, café para mis hijos, pongo mi maíz y pongo mi batea para lavar, porque tengo hijos y tengo hijas; tengo que lavar mis trastes, tengo que barrer dentro mi casa, tengo que dar de comer a los animales, tengo que trabajar. ¡Hasta las nueve de la noche estoy terminando!

(Mujer casada de 68 años, con diabetes mellitus)

Este discurso, que relaciona el ejercicio con la actividad física que implica el trabajo doméstico, fue una constante entre las mujeres, aún entre las más jóvenes. La interpretación que entraña esta alocución sería que la única forma de ejercitar el cuerpo de las mujeres es a través del trabajo doméstico. Por otro lado, se indagó sobre las actividades que realizan en su tiempo libre, destacando el tejido de guano que, inferimos, les significa un espacio de "descanso" en sus actividades cotidianas:

–¿Qué hace en su tiempo libre?
–A veces llego a casa de mi hermana, a visitar y también tejo el guano. Vale nueve pesos, si vendiste unos... Tejo de noche; si puedo de día, puedo tejer uno. De día llegan los compradores.

(Mujer casada de 34 años con tres hijas/os, obesa)

Trabajando aquí, tejiendo guano para vender tejido, y poder comprar cualquier cosa. Llegan a comprar a nueve cada tejido; como tenemos, ahorita mi esposo y yo tejemos. Ese es el trabajo de nosotros, no hay trabajo, más que solamente tejiendo el guano.

(Mujer casada de 70 años, con sobrepeso)

El discurso de las mujeres adultas sobre el ejercicio físico apunta hacia un cambio generacional, y a que en la actualidad mujeres y niñas cuentan con mayor posibilidad de disponer de los espacios y tiempos para realizarlo, en comparación con su vivencia en la infancia. No obstante, llama la atención que las niñas de la comunidad compran golosinas durante el recreo en la escuela, mientras que los niños juegan fútbol. Cuando a ellas se les pregunta por qué no juegan, responden: "porque no somos niños y sólo ellos juegan". Lo anterior muestra que, aunque algunas madres consideren que las cosas han cambiado en comparación con el tiempo en que ellas vivieron su niñez, las normas hegemónicas de género continúan vigentes:

Aquí las mujeres no llegan a jugar. No salimos, porque desde la generación de nosotras, nunca las mujeres salen a jugar. –Tú no puedes jugar pelota, porque tú no eres hombre, la pelota es para los hombres–, te decía tu mamá. Y claro que eso hasta ahorita sigue, que nadie sale a jugar, nada más los hombres.

(Mujer casada de 36 años con tres hijas/os, afanadora)

Entre los discursos de las adultas mayores emerge el significado del trabajo doméstico, como la frase "calentar los huesos", que se refiere a la actividad relacionada con cocer y moler el maíz para preparar

[xiii] Entendemos como normas hegemónicas de género al discurso esencialista que asigna a las mujeres y a los hombres una identidad y roles dados exclusivamente por su condición de sexo y sólo con base en los aspectos biológicos.

tortillas o pozol la cual, por cierto, es exclusiva de las mujeres. Algunos hombres pueden lavar los trastes o hacer el aseo de la casa, pero moler el maíz y hacer tortillas es trabajo que sólo ellas realizan.

El confinamiento de las mujeres a las labores domésticas y la norma cultural de no permitir su acceso a otras formas de ejercitarse, entre otros factores, posibilita comprender que, entre las mujeres, el sobrepeso y la obesidad tienen relación con las desigualdades de género en el acceso al deporte y a las actividades de ejercicio fuera de sus casas.

Marcelina Cruz Sánchez

Por otro lado, salir a caminar dentro o fuera de la comunidad o viajar a la cabecera municipal o a la ciudad de Villahermosa, conlleva el peligro de que las mujeres "pierdan la confianza" que el esposo deposita en ellas, debido a los celos. A este fenómeno ellas lo llaman "echarse a andar" y tiene que ver con el hecho de que algunas mujeres han aprovechado la oportunidad de salir, no sólo de sus casas sino también de su comunidad, para trabajar y entablar relaciones de amistad con otras mujeres y hombres, siendo esta última situación la más problemática. Cuando eso sucede, se genera una situación de violencia de género que se pone como ejemplo para que otras mujeres entiendan lo que sucede cuando "se echan a andar", tal como lo señala el siguiente testimonio:

> La gente, pues te ve cómo andas, porque hay mujeres que han salido a trabajar y se "echan a andar". "Echarse a andar", que salen a pasear, o sea por ejemplo, como yo, que estoy aquí trabajando de afanadora, pero si digo: –Yo voy a ir a Nacajuca, total que ahorita no me está viendo mi esposo, allá voy a "echar a andar" y pasa que me encontré a alguien, que te dice "te doy esto y esto, porque tú no tienes nada o tú te mereces más". ¡Y claro que salen! Les dan confianza sus esposos y a veces escuchan que tiene amante, y que esto y que aquello. ¡Y claro que por eso! A veces este es el problema con los hombres, porque les dan confianza y ellas les hacen perder la confianza.
>
> (Mujer de 36 años con tres hijas/os, afanadora)

Aunque se hace alusión a la infidelidad, por generalización ese fenómeno de control se extiende hacia cualquier actividad que las mujeres realizan fuera de sus hogares, lo que tiene relación con la norma cultural de que deben permanecer en sus casas y no andar en la calle. En consecuencia ésta, el campo de futbol, la práctica de ejercicio y cualquier actividad que se relacione con el cuidado del cuerpo o como una distracción, están limitadas para las mujeres chontales de esta comunidad.

De esta forma, el ejercicio y el deporte son prácticas socialmente construidas que realizarán mujeres y hombres sólo si ambos crecen en un ambiente donde tengan acceso sin restricciones de género. Así, en la comunidad en estudio, la práctica de estas actividades por parte de las niñas queda confinada a los espacios escolares formales, como la clase de educación física, que se lleva a cabo una vez por semana, y no a los espacios comunitarios:

> –¿Crees que las mujeres tengan oportunidad de hacer ejercicio igual que los hombres aquí en la comunidad?
> –Pues aquí, casi no. No pueden salir al campo y quienes salen y van corriendo en las calles, van a decir que esa muchacha está loca.
> –¿Y qué podrían hacer las mujeres para hacer ejercicio sin que se les critique de locas?
> –No, aquí la verdad ¡no! ¡Es muy difícil que hagan ejercicio!
> –¿Hay algún lugar aquí en la comunidad donde puedan hacer ejercicio las mujeres?
> –Pues sería en el campo, pero el campo está vetado, el campo es sólo para los hombres.
>
> (Hombre soltero de 19 años, estudiante)

Si bien la comunidad cuenta con áreas recreativas y para el deporte, las mujeres adultas jóvenes comentaron que aún recibiendo los mensajes de que realizar algún tipo de ejercicio trae beneficios para la salud, no tienen acceso a esos espacios. Los testimonios expuestos permiten comprender el peso que la cultura tiene para sostener y continuar las desigualdades de género, pero también se vislumbra la posibilidad de acción del personal de salud, dirigida a la promoción de la misma.

Resultados

Los organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, han señalado que la obesidad es una epidemia de alcance mundial, una enfermedad grave y un factor de riesgo para contraer otras condiciones

en detrimento de la salud de las poblaciones. Sin embargo, en diversas ocasiones se ha dejado de lado la percepción que tienen las personas acerca del tamaño de su cuerpo, por lo que su estudio es relativamente escaso entre las poblaciones indígenas de México.

Un primer resultado que emerge de este análisis se refiere a que las y los informantes no comparten la visión de la gordura como enfermedad, pues le llaman cuerpo con sobrepeso y lo atribuyen a la herencia familiar; considerando que la gordura es reflejo de buena salud, bienestar y de ser o estar feliz y contenta/o. Este hallazgo se inscribe en la historia del pueblo chontal, caracterizada por la pobreza, la negación de la existencia de su cultura y el deterioro de los recursos naturales, agravado por la explotación de petróleo en la zona.

La asociación entre cuerpo delgado y salud surgió a principios del siglo XX, cuando las compañías de seguros alentaron la idea de que la gordura representaba un signo de enfermedad.[33] Sin embargo, esta lógica no permea a las poblaciones indígenas, tradicionalmente subalimentadas y preocupadas por la alimentación, quienes todavía ven la delgadez como signo de enfermedad y de un cuerpo débil e incapaz de enfrentar los embates del medio ambiente, como lo muestran las narrativas de las y los informantes.

El significado del cuerpo gordo como sinónimo de estar bien fue reportado en una investigación ubicada en una población rural de Morelos, en la cual las personas informantes relacionaban la gordura con salud y con estar contentas.[34] En este sentido, coincidimos con lo expresado por Castro, quien señala que las personas que viven en condiciones de pobreza y rezago social, como es el caso de las y los indígenas de este estudio, perciben al cuerpo gordo como signo de bienestar.[35]

Una de las consecuencias de esta percepción es la tendencia a subvalorar el tamaño del cuerpo, lo que hacen mujeres y hombres, sin que existan diferencias derivadas de la edad. Este resultado es compatible con el obtenido por Cunningham, O'Dea, Dumber y Maple-Brown, quienes reportan que la subvaloración del tamaño del cuerpo fue común entre indígenas, siendo los hombres, y en particular aquellos con diabetes, quienes subestimaban más el tamaño de su cuerpo.[36]

Otro hallazgo de esta investigación es la creencia prevaleciente entre las mujeres adultas de que

Guillermo Trujillo

al casarse es "normal" que engorden y la relación de este aumento de peso con la cantidad de hijas e hijos que se tenga; es decir, a mayor número de hijas/os –o embarazos–, el aumento de peso también es mayor. En este sentido, la investigación de Valeggia, Burke y Fernández reporta que entre las mujeres de las poblaciones indígenas Toba y Wichí, de Argentina, el efecto de la edad sobre el IMC puede reflejar la asociación entre la paridad y la ganancia de peso, ya que entre las mujeres de su estudio se encontraron altas tasas de sobrepeso y obesidad.[11]

Por otro lado, las mujeres participantes en esta investigación consideraron que el "susto"[xiv] que les provoca la violencia como consecuencia del alcoholismo de sus

[xiv] El "susto es uno de los síndromes de filiación cultural presentes en la medicina tradicional de casi todos los pueblos indígenas de México. Según la mayor parte de los terapeutas, el espanto puede afectar a cualquier persona, sin importar la edad ni el sexo, aunque algunos aseguran que los niños son el grupo más susceptible. La causa, que lleva el mismo nombre que la enfermedad, es un espanto o susto, es decir, una impresión repentina y muchas veces violenta".[37]

parejas, es responsable de que enfermen de diabetes mellitus y, como efecto de ésta, pierdan peso. En esta lógica, la disminución es considerada como signo de enfermedad y refuerza la representación del cuerpo con sobrepeso como bueno y saludable, y la pérdida de peso como no deseable. Lo anterior también puede comprenderse en el contexto de lo que significa el cuerpo de las mujeres en algunas culturas, como lo señalan Ulijaszek y Lofink, los cuerpos más grandes de las mujeres son vistos como más atractivos e indican condiciones como salud, fertilidad, belleza, riqueza y poder.[38]

Respecto a la construcción social de los roles masculino y femenino, propia de la población chontal, se ubica a las mujeres en la casa, a cargo del trabajo doméstico y la crianza de las y los hijos. Los hombres, por el contrario, son colocados como proveedores y quienes salen a trabajar, dentro o fuera de la comunidad. Este rasgo cultural se extiende más allá de las condiciones del hogar, hacia los espacios destinados al esparcimiento (campos de fútbol, canchas de basquetbol y volibol), a los cuales sólo acceden los hombres, mientras que las niñas, las adolescentes y las mujeres adultas realizan actividades como tejer guano, visitar a sus familiares o ver televisión.

Estos hallazgos se interpretan como restricciones que las mujeres chontales enfrentan en su libertad de movimiento, al ser responsabilizadas del trabajo doméstico y de la generación de capacidades humanas, así como de la atención, la crianza, la alimentación, la educación y la salud de la familia.

En consecuencia, estos datos permiten afirmar que estas mujeres viven desigualdades sociales y de género; resultados que coinciden con los reportados por Pérez y Vázquez en su estudio sobre familia, trabajo doméstico y libertad de movimiento en mujeres chontales de Nacajuca, pues encontraron que tanto la libertad de movimiento, su confinamiento al ámbito de la casa, así como la incapacidad de negociar con sus parejas la realización del trabajo doméstico, son desigualdades de género con las que se enfrentan las mujeres de esta población.[39]

Otro hallazgo que emerge del análisis es el cambio que, desde hace cuatro o cinco décadas, se observa en la composición de la dieta de este pueblo. Como señalan las personas adultas mayores, ésta antes se basaba en pescado o aves criadas en los patios, no consumían alimentos ni bebidas procesadas, ni carne de aves de granja o de engorda. Así, consideramos que varios aspectos se han reunido para conformar este cambio en su dieta: la migración diaria desde la comunidad y hacia las zonas urbanas que se han convertido en fuentes de empleo remunerado, el debilitamiento de los recursos naturales, el acceso a alimentos procesados dentro y fuera de su comunidad, la estrategia de desarrollo social de otorgar desayunos escolares, así como la ayuda externa derivada de las constantes inundaciones.

Respecto al agotamiento de los recursos naturales, su anterior fuente de alimentos, creemos que se relaciona con el aumento de la población de los centros urbanos y con la contaminación de los cuerpos de agua, provocada por la industria petrolera. Asimismo, es factible que de forma paralela a estos cambios dietarios, se incrementó el tamaño del peso del cuerpo, más visible entre las mujeres, como lo han documentado Rivera, Barquera, González-Cossío, Oláiz y Sepúlveda.[40]

En este sentido, la evidencia apunta hacia un rápido proceso de transición nutricional, que se caracteriza por el cambio desde la alta prevalencia de desnutrición al predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, relacionadas con la dieta y que se vinculan con la urbanización, el crecimiento económico y las innovaciones que reducen la actividad física y aumentan el consumo de alimentos procesados y altos en energía densa.[10,40] Lo anterior muestra que hace falta realizar más investigación acerca del proceso de transformación de la dieta tradicional de los chontales y sus consecuencias en la salud, que actualmente manifiesta una tendencia a incrementar las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial.

Se reconoce que el peso de la enfermedad entre los pueblos indígenas es mucho mayor que en la población en general, en particular respecto a las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición,[41] pero aún falta poner mayor énfasis en indagar, con perspectiva de género, en cada una de las condiciones crónico degenerativas entre las y los indígenas que habitan en el estado de Tabasco, y que se consideren las fuerzas sociales y económicas que están influyendo en el incremento de las tasas de sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Además, es necesario que las estrategias implementadas por el sector salud tomen en cuenta las propuestas de la sociología médica y de la salud, así como la perspectiva de género, como condición para potenciar las capacidades de las mujeres para mejorar su salud, y también que incorporen a los hombres en grupos de sensibilización sobre masculinidades alternativas, con pleno respeto a su cultura, con el fin de contribuir a alcanzar uno de los derechos humanos fundamentales: la salud.

Respecto a las limitaciones de esta investigación, podemos señalar que las narrativas de quince personas podrían parecer pocas, pero en los estudios cualitativos no se pretende generalizar los resultados, sino reconocer que en la riqueza de los discursos de las

personas informantes radica su valor científico y los hallazgos no pueden generalizarse a otros grupos indígenas de México. Por otra parte, como en todo abordaje cualitativo, el análisis es reflejo de la interpretación que las autoras y el autor hicieron de las complejas narrativas de quienes participaron. En consecuencia, otras y otros profesionales, con diferentes enfoques disciplinares, filosóficos o teóricos, pueden interpretar estos datos de forma diferente.

Finalmente, aun cuando queden más preguntas que respuestas, consideramos que la investigación cualitativa, aplicada a la temática del sobrepeso y la obesidad con perspectiva de género, contribuye a incrementar la comprensión de su complejidad.

Marcelina Cruz Sánchez

Referencias bibliográficas

1. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. [En línea]. [Consultado el 4 febrero 2011]. Disponible en: www.salud.gob.mx

2. Olson MC, Strawderman SM, Dennison AB. Maternal weight gain during pregnancy and child weight at age 3 years. Matern Child Health J. 2009; (13): 839-46.

3. Warin M, Turner K, Moore V, Davies M. Bodies, mothers and identities: Rethinking obesity and the BMI. Sociol Health Illn. 2008; 30(1): 97-111.

4. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.

5. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Tabasco. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2007.

6. Rohlfs I. Género y salud: diferencias y desigualdades. Quark [Revista en línea]. 2003 [Consultado marzo 2011]; (27). Disponible en: http://quark.prbb.org/27/default.htm

7. Caspersen CJ, Powel KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. 1985; 100(2): 126-31.

8. Hall G. y Patrinos HA. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina. Colombia, Banco Mundial-Mayol Ediciones; 2006.

9. Peña M. y Bacallao JL. Obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública (Publicación Científica 576). Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2000.

10. Uauy R, Albala C, Kain J. Obesity trends in Latin America: transiting from under-to overweight. J Nutr. 2001; 131(3): 8935-95.

11. Valeggia, CR, Burke KM, Fernandez-Duque E. Nutritional status and socioeconomic change among Toba and Wichi populations of the Argentinean Chaco. Econ Hum Biol. 2010; 8(1); 100-10.

12. San Sebastian M, Hurtig AK. Review of health research on indigenous populations in Latin America, 1995-2004. Salud Publica Mex. 2007; 49(4): 316-20.

13. Boissonnet C, Schargrodsky H, Pellegrini F, Macchia A, Marcet-Champagne B, Wilson E, Tognoni G. Educational inequalities in obesity, abdominal obesity, and metabolic syndrome in seven Latin American cities: the CARMELA Study. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2011; 18(4): 550-56.

14. Popkin BM. The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis. Nutr. Rev. 1994; 52(9): 285-98.

15. Lamas M. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Programa Universitario de Estudios de Género; 1997.

16. Velasco S. Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid: Ediciones Minerva; 2009.

17. Chant S. Introducción: Género en un continente que está cambiando. En: Chant S, Craske N. Género en Latinoamérica. México: Publicaciones de la Casa Chata-CIESAS; 2007. p. 33-64.

18. Gil-Romo SE, Coria DS. Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. Salud Publica Mex.2007; 49(6): 445-53.

19. Maldonado-Montoya VM. Desarrollo y desigualdad de género en México. Un estudio por entidad federativa. Notas: revista de información y análisis [En línea]. 2003 [Consultado marzo2011]; (22). Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/especiales/notas/notas22.pdf

20. García B, De Oliveira O. Trabajo femenino y vida familiar en México, México: El Colegio de México; 1994.

21. García B, De Oliveira O. Las familias en el México metropolitano: visiones femeninas y masculinas, México: CEDUA-El Colegio de México; 2006.

22. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation World Health Organ Tech Rep Ser. 2000; 894: i-xii.

23. Castro R. Supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En: Szasz I, Lerner S. Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México: El Colegio de México; 1996. p. 57-85.

24. Enciclopedia de los Municipios de México. Tabasco. [En línea] Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, Gobierno del Estado de Tabasco; 2005 [Consultado 4 mayo 2011]. Disponible en http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/tabasco/medi.htm

25. Consejo Nacional de Población. Población total, indicadores socioeconómicos, índice y grado de marginación por localidad. México: CONAPO; 2005.

26. Sistema de Información en Salud. Tabasco, México: Secretaría de Salud del Estado de Tabasco; 2009.

27. Miles BM, Huberman AM. Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. 2a. ed. California: SAGE Publications: 1994.

28. Ruz Sosa MH. Tabasco histórico: memoria vegetal. Villahermosa, Tabasco: Gobierno del estado de Tabasco; 2001.

29. Gómez-Gómez E. La valoración del trabajo no remunerado: una estrategia clave para la política de igualdad de género. En: Organización Panamericana de la Salud. La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado, Washington, D.C: OPS; 2008. p. 3-20.

30. Aguilar-Salinas C. Adiposidad abdominal como factor de riesgo para enfermedades crónicas. Salud Publica Mex. 2007; 49 (edición especial): 311-16.

31. McEwen BS. Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. Ann NY Acad Sci. 1998; (840): 33-44.

32. Hernández-Sánchez MC, Arias-Rodríguez JM. El Instituto Estatal de las Mujeres en comunidades indígenas de Tabasco. Villahermosa, Tabasco; 2008.

33. Contreras-Hernández HJ. La obesidad: una perspectiva sociocultural. Zainack Cuadernos de Antropología-Etnografía. 2005; (27): 31-52.

34. Castro R. The subjective experience of health and illness in Ocuituco: a case study. Soc Sci Med. 1995; 41(7): 1005-21.

35. Castro, R. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Cuernavaca, México: UNAM-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2000.

36. Cunningham J, O`Dea K, Dumbar T, Maple-Brown L. Perceived weight versus Body Mass Index among urban Aboriginal Australians: do perceptions and measurements match? Aust N Z J Public Health. 2008 Apr; 32(2): 135-8.

37. Xiwel. Espanto o Susto. México: Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana; c2009 [Actualizado 2009; consultado 2014 mayo 14] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/pueblos.php?l=2&t=tojolabal&mo=&demanda=&orden=13&v=m

38. Ulijaszek SJ, Lofink H. Obesity in Biocultural Perspective. Ann Rev Anthropol. 2006; (35): 337-60.

39. Pérez-Villar MA, Vázquez-García V. Familia y empoderamiento femenino: ingresos, trabajo doméstico y libertad de movimiento de mujeres chontales de Nacajuca, Tabasco. Convergencia. Revista de Ciencas Sociales. 2009; 16(50): 187-218.

40. Rivera JA, Barquera S, González-Cossío T, Oláiz G, Sepúlveda J. Nutrition transition in México and in other Latin American countries. Nutr Rev. 2004 Jul; 62(7 Pt 2): 149-57.

41. Wang Z, Hoy W. Body mass index and mortality in Aboriginal Australians in the Northern Territory. Aust N Z J Public Health. 2002 Aug; 26(4): 305-10.

Arte en portada de este artículo:
Norma Ascencio
"Encajada II"
15 X 20 cm.
Punta seca y chincolle/papel de algodón I/A

Estudió la licenciatura y maestría en diseño gráfico en la Universidad Intercontinental. Ha realizado varios cursos en el quehacer artístico, historia del arte, encuadernación artística, cerámica en torno y esmaltes con Javier del Cueto; escultura con Porfirio del Olmo; retrato con Frances Turner (UK); grabado con Juan Bautista y Natacha Cirigliano; pintura con el maestro Tomás Gómez Robledo; dibujo al desnudo y pintura, técnicas y materiales con el Mtro. José Barbosa, entre otros.
Su obra ha sido expuesta en foros alternos y formales de la Ciudad de México, así como en Canadá, Italia, España, Grecia, Colombia y Brasil. Ha participado en más de 30 muestras colectivas y 10 individuales. Actualmente su obra se exhibe en la Galería Aguafuerte de la Ciudad de México y en la Galería Gard en Roma, Italia.
http://www.normaascencio.blogspot.com/

Marcelina Cruz Sánchez