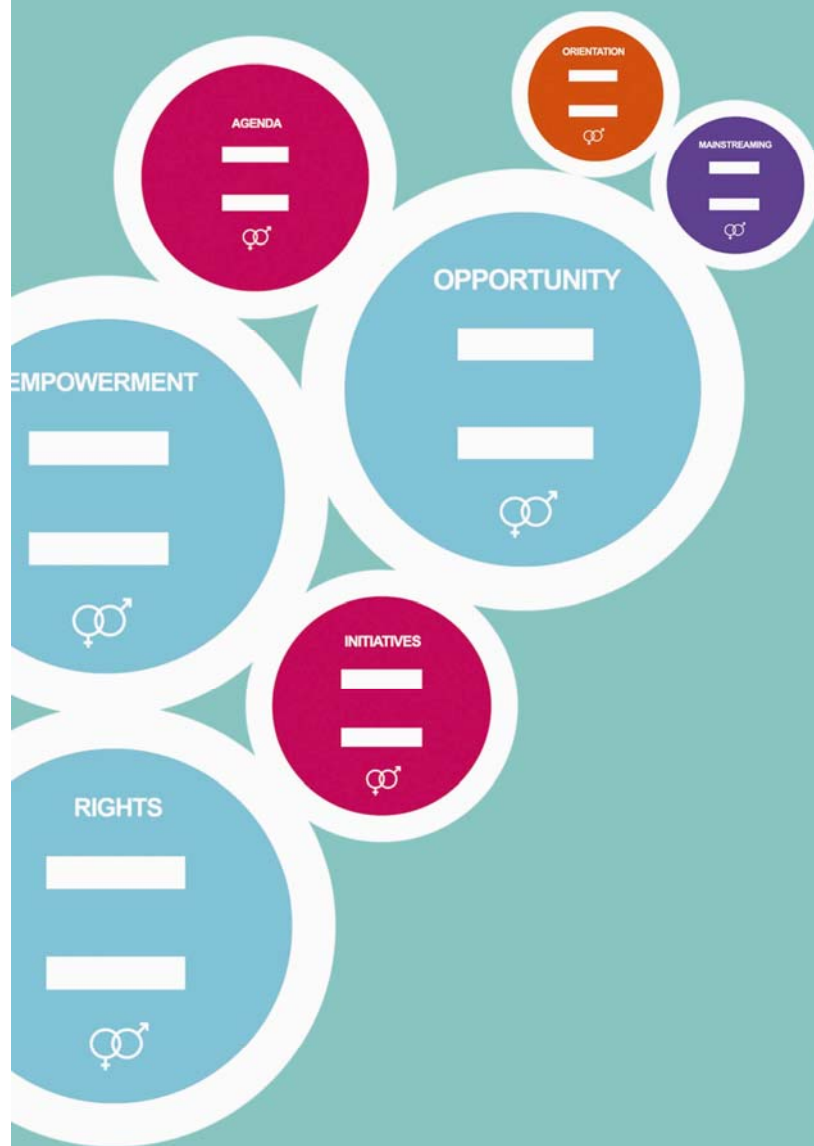


Análisis del peso corporal desde la perspectiva del género en Villa Nueva, Guatemala



www.paho.org/genero_eticidad

Análisis del peso corporal desde la perspectiva del género en Villa Nueva, Guatemala

Elaborado por Harpa Isfeld

Introducción

Hoy en día se suele considerar que las naciones desarrolladas —característicamente los Estados Unidos y Canadá, entre otros— presentan una “epidemia” de obesidad. Sin embargo, esta tendencia no se limita a las sociedades industrializadas; se ha descrito que la obesidad es también un problema grave de salud pública en América Latina, el Caribe, Oriente Medio y el norte de África [1]. Según la Organización Mundial de la Salud, la obesidad coexiste a menudo con la desnutrición en los países en desarrollo, y avanza más rápidamente que en el mundo desarrollado [2]. De hecho, en varios países de América Latina y el Caribe actualmente es probable o más probable que los pobres sean obesos y sedentarios en comparación con los ricos [3]. Guatemala, país objeto de este estudio de casos, es un ejemplo de una nación a la que se suele asociar más con la hambruna y la desnutrición relacionadas con la pobreza, si bien cada vez está más afectada por el sobrepeso y sus consiguientes consecuencias para la salud [3, 4].

Existen temas comunes que se repiten en los debates acerca de las causas y consecuencias del sobrepeso y de la obesidad. El aumento de los ingresos, la urbanización, la “occidentalización” y la globalización de los mercados alimentarios impulsan cambios en el régimen alimentario, el trabajo y las actividades recreativas que afectan al equilibrio calórico y al aumento de peso de las personas. El modelo característico consiste en un mayor consumo de alimentos hipercalóricos, de alimentos con escaso contenido de nutrientes y gran contenido de azúcares y grasas saturadas, así como una menor actividad física con el creciente uso del transporte en automóvil, de tecnologías que reducen el esfuerzo físico en el trabajo y el aumento de actividades recreativas pasivas, lo que da lugar a un exceso de calorías que se almacenan como grasa [2, 5, 6]. De manera análoga, los datos obtenidos en investigaciones relacionan el sobrepeso y la obesidad con muchas afecciones y desenlaces adversos, como la hipertensión, la diabetes de tipo II, la artritis, las lesiones por esfuerzo repetitivo, la depresión y la cardiopatía coronaria [7], así como con algunos cánceres, con el aumento de la discapacidad y la disminución de la esperanza de vida [2].

Aunque los modelos y las tendencias del peso comunes a escala mundial pueden ser informativos, la planificación en materia de salud puede realizarse mejor mediante el análisis de las diferencias en el seno de las poblaciones, incluidas las diferencias de género, el estado socioeconómico, la edad, la raza y el grupo étnico. El análisis desde la perspectiva de género es una herramienta particularmente importante para conocer cuestiones relativas al peso corporal y las consecuencias para la salud asociadas, dado que el peso corporal no solo es una manifestación física, sino una condición compleja con dimensiones psicosociales configuradas por nuestras identidades, relaciones y circunstancias relacionadas con el género. Las mujeres y los hombres tienen diferentes expectativas, social y culturalmente definidas, respecto al peso corporal ideal y, por lo tanto, perciben sus cuerpos de distinta

manera y responden a diferentes motivaciones para aumentar de peso o adelgazar. Además, su posición social, poder, acceso a recursos, funciones en la familia y en la comunidad difieren, y esto repercute en el acceso a los alimentos y a otros recursos que ayudan a promover un peso corporal saludable. El conocimiento de estos y otros factores de la vida de las mujeres y los hombres guatemaltecos puede ayudar a determinar las oportunidades para utilizar medios más estratégicos, apropiados y eficaces para prevenir el sobrepeso y la obesidad.

Fuente de datos y limitaciones

Este estudio de casos usa datos obtenidos en una encuesta transversal realizada en Guatemala por la Iniciativa Centroamericana de Diabetes en el 2006, la Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas [4]. La encuesta se realizó en Villa Nueva, una comunidad urbana de aproximadamente 350.000 habitantes, ubicada a unos 15 kilómetros de Ciudad de Guatemala [8]. Se trata de la primera encuesta realizada en Guatemala para estudiar los nexos entre los factores de riesgo y la prevalencia de enfermedades crónicas, lo cual es importante en el contexto de las tasas crecientes de enfermedades no transmisibles [4].

Se preseleccionó¹ una muestra de la población, integrada por 1545 sujetos, y se la estratificó en dos grupos de edad (20 a 39 años y más de 40 años). Participaron en el estudio 1397 personas: 455 hombres y 942 mujeres. Todos los participantes fueron entrevistados y a todos se les determinó la presión arterial y se les midió la cintura y la cadera. Mediante las preguntas de la entrevista se recopiló principalmente información sobre las características sociodemográficas, el estado de salud y los antecedentes, así como el recuerdo de los individuos de los comportamientos de promoción de la salud o de riesgo (tabaquismo, régimen alimentario,

¹ En los procedimientos de muestreo se utilizaron la selección probabilística proporcional al tamaño de población (número de individuos) en dichos segmentos. Se incluyó en la muestra a todos los individuos con un nivel de admisibilidad [3].

Indicadores de la masa corporal insalubre

Índice de masa corporal (IMC)

El IMC es una medida del peso en relación con la talla que se usa para clasificar el peso corporal según los riesgos para la salud asociados, que han sido demostrados mediante investigaciones. El IMC se calcula mediante la fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 (\text{m}^2)$

La OMS recomienda que se utilicen los siguientes valores como límites para distinguir el peso normal del peso inadecuado o excesivo [9].

Peso inferior al normal	< 18,50 kg/m ²
Peso normal	18,50-24,99 kg/m ²
Sobrepeso	25,00-29,99 kg/m ²
Obesidad, grado I	30,00-34,99 kg/m ²
Obesidad, grado II	35,00-39,99 kg/m ²
Obesidad, grado III	> 40,00 kg/m ²

Medición de la cintura y del índice cintura/cadera

Las mediciones de la cintura y de la razón de la cintura respecto a la cadera se usan junto con el IMC para indicar la distribución abdominal o "central" del peso corporal excesivo, que, como es sabido, plantea riesgos para la salud. Para identificar a los individuos en riesgo, se han recomendado los siguientes valores liminares, que son diferentes para los hombres y las mujeres [9]:

Cintura

Hombres: 102 cm; mujeres: 88 cm.

Índice cintura/cadera

Hombres: 1,0; mujeres: 0,85.

actividad física). En una segunda sesión participaron también 1049 personas; en dicha sesión se determinaron el peso y la talla, y se realizó una prueba de tolerancia a la glucosa. Las mediciones del peso, la talla, la cintura y la cadera se utilizaron para calcular el IMC y el índice cintura/cadera (véase el recuadro), usados como indicadores del peso corporal saludable y de la distribución del peso. Las tasas de sobrepeso y la distribución del peso corporal, así como las tasas de otros factores de riesgo de enfermedades crónicas y afecciones (como la actividad física, la hipertensión y la diabetes sacarina) se presentaron por sexo y por categoría de edad.

Se excluyó del estudio a algunos individuos, como aquellos que tenían algún problema de salud que hacía imposible realizar mediciones exactas. Entre los sujetos excluidos se encontraban las embarazadas y las mujeres que habían dado a luz en el último mes. En particular, el IMC no es una medida apropiada de un peso corporal saludable en las mujeres embarazadas o en las que están amamantando [9].

El IMC también ha sido criticado por presentar una medida sesgada de los riesgos relativos del peso insalubre en el seno de diversas poblaciones, dado que las diferencias biológicas (como el sexo y la diversidad genética) dentro de las poblaciones pueden ser interpretadas falsamente por la medición. Por ejemplo, un sesgo importante observado en las publicaciones consiste en que el IMC no puede distinguir entre personas muy musculosas aunque delgadas e individuos con una gran masa asociada al exceso de tejido graso. Dado que los individuos muy musculosos tienden a ser varones, el IMC puede estar sesgado en cierta medida hacia la sobrevaloración de la proporción de hombres que tienen exceso de peso [7]. Es posible que el IMC tampoco sea una medida representativa del peso corporal de individuos con diferentes orígenes raciales o ancestrales, dado que los factores genéticos y ambientales predisponen a algunas poblaciones a tener más grasa o a desarrollar una distribución central de la grasa. Diversos estudios estadounidenses han evidenciado diferencias biológicas entre los negros y los blancos que pueden introducir un error sistemático en la estimación del peso corporal relativo y la clasificación de la obesidad de los negros [10]. En investigaciones realizadas en latinoamericanos se ha observado que el IMC es un mal indicador del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y que aunque el índice cintura/cadera era un buen indicador del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, se hacía preciso establecer valores liminares étnicos específicos para los hombres (no para las mujeres) [11].

Casi todos los participantes en el estudio eran ladinos y apenas el 2% representaba a la población indígena. Este porcentaje es muy bajo en comparación con el tamaño de la población nacional indígena de Guatemala, descendiente de los pueblos mayas, que constituye el 56% de la población total; el 44% restante está integrado por personas de ascendencia amerindio-española [12]. Sin embargo, el hecho de que prácticamente no hubiera indígenas en la muestra de Villa Nueva probablemente refleja la concentración de indígenas en zonas rurales de Guatemala. Si bien es posible que la muestra sea representativa de Villa Nueva y de otros centros urbanos pequeños, quizá no sea aceptable aplicar los resultados del estudio a las poblaciones rurales e indígenas de Guatemala. Por consiguiente, este estudio de casos no puede abordar las diferencias del peso corporal según la raza, el grupo étnico o la residencia urbana o rural que existen entre las mujeres y los hombres guatemaltecos, sino que simplemente puede formular observaciones acerca de la importancia de incorporar en estudios futuros a los guatemaltecos indígenas y a los de zonas rurales.

En la encuesta se utilizaron mediciones normalizadas del peso y de la talla realizadas por los entrevistadores, en lugar de las medidas referidas por los propios sujetos, que tienden a notificar falsamente (es decir, a notificar en exceso) la existencia de un peso normal. Sin embargo, las medidas del grado de actividad física² se basaron en la rememoración de los participantes del tiempo empleado en actividades físicas de 10 minutos de duración o más durante los 7 últimos días. Dado que la actividad física es un comportamiento socialmente aconsejable, los niveles de actividad referidos por los propios interesados tienden a ser excesivos respecto a los valores reales. La tendencia a la notificación excesiva de la actividad física puede observarse particularmente en el caso de las mujeres con sobrepeso [13].

Aunque la encuesta incluía preguntas de la entrevista acerca de las impresiones o de los sentimientos de los sujetos acerca de su peso —por ejemplo, “¿Cuánto cree usted que pesa?”, “¿Cuánto cree que debería pesar?”, “¿Cuál de las siguientes figuras cree que se parece más a su cuerpo?”—, lamentablemente no estaban incluidas en el informe. De igual modo, parte de la información que se notificó para toda la población del estudio no se presentó según el sexo, incluida la información acerca del acceso al tratamiento y a las recomendaciones, incluidas las relativas a la pérdida de peso, y su cumplimiento.

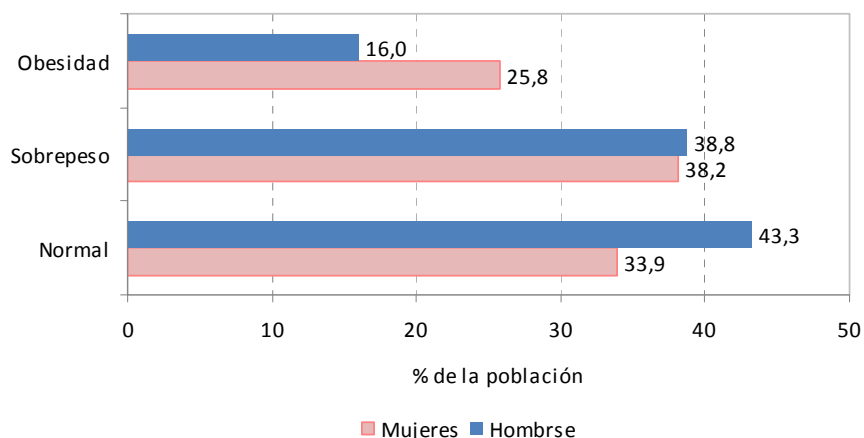
Análisis de datos

La mayoría de los guatemaltecos residentes en la comunidad de Villa Nueva tenían exceso de peso (incluidas las clases del sobrepeso y de la obesidad combinadas), que puede conllevar riesgos para la salud. El 60% de los participantes en el estudio de ambos sexos combinados superaron el intervalo de IMC que implica un tipo corporal saludable. Otras comparaciones según el sexo indican claramente que las mujeres tienen mayor probabilidad de tener un peso corporal insalubre. Aproximadamente un tercio (33,9%) de las mujeres de 20 años en adelante tenían un peso corporal saludable, mientras que casi dos tercios (64%) superaron los valores liminares del peso normal. Por el contrario, el 43% de los hombres tenían un peso corporal dentro del intervalo saludable, y algo más de la mitad (55%) tenían un peso excesivo. Estos resultados muestran la importancia de analizar los datos de salud de los hombres y las mujeres por separado, y la necesidad de prestar atención especial al peso corporal de las mujeres guatemaltecas, cuestión que se abordará en el resto de este estudio de casos.

Las comparaciones del grado de sobrepeso también indicaron la existencia de mayores riesgos para las mujeres que para los hombres (figura 1). Aunque las mujeres y los hombres prácticamente fueron clasificados por igual en la categoría de cierto sobrepeso (es decir, en el intervalo de IMC de 25,00-29,99 kg/m²), las mujeres tuvieron mayor probabilidad que los hombres de presentar un grado más intenso de sobrepeso, la denominada “obesidad”. Una de cada cuatro mujeres de la comunidad fue clasificada como obesa.

² Se midieron los niveles de actividad física usando la versión extensa del Cuestionario Internacional sobre la Actividad Física (IPAQ).

Figura 1: Prevalencia de personas con peso normal, sobrepeso y obesidad, según sexo, comunidad Villa Nueva, Guatemala, 2006

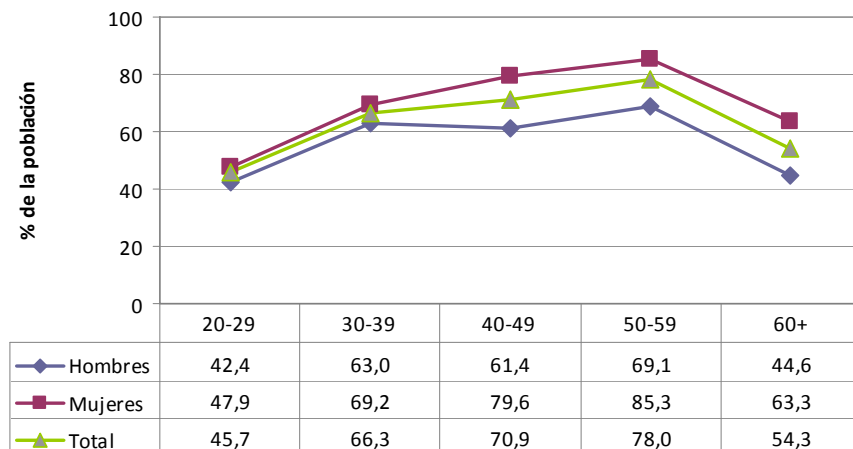


El informe no tuvo en cuenta a los individuos que quizá tenían un peso inferior al normal. Un porcentaje pequeño de los hombres (2,0%) y las mujeres (2,1%) entrevistados no fueron asignados a ninguna categoría del IMC, y se supone que entre ellos se encontraban individuos con peso inferior al normal o sujetos que se negaron a someterse a las mediciones. Los datos de la Organización Mundial de la Salud indican que el peso inferior al normal es un grave reto en Guatemala, que afecta aproximadamente al 25% de la población nacional [14], aunque esta tasa no tiene en cuenta las diferencias según el sexo, la edad, la raza o el lugar de residencia. Es sabido que las embarazadas, los lactantes, las poblaciones indígenas y rurales de las naciones en desarrollo se encuentran entre los más vulnerables a la desnutrición, así como a la malnutrición. Según un estudio de 36 países en desarrollo, incluidos 8 países latinoamericanos, es más probable que las mujeres de las naciones en desarrollo tengan un peso excesivo que un peso inferior al normal (por término medio, 6 veces más en los centros urbanos y 2 veces más en las zonas rurales); se han observado incluso tasas elevadas de sobrepeso en las zonas rurales de países pobres en los que el peso inferior al normal sigue siendo un problema importante [15].

Un examen más minucioso de la distribución por edades del sobrepeso por sexo aporta más información acerca de las mujeres con mayor riesgo de tener un peso corporal insalubre. Según ilustra la figura 2, la prevalencia de peso corporal excesivo en la población general aumentó generalmente a lo largo de la mayor parte de la edad adulta, hasta los 60 años, edad a partir de la cual disminuían las tasas. También en esta ocasión las características de las mujeres y de los hombres difirieron sustancialmente. En particular, la prevalencia del peso corporal excesivo fue mayor en las mujeres que en los hombres en cada categoría de edad, y estas diferencias según el sexo fueron mayores de los 40 años en adelante. Al igual que los adultos jóvenes, la probabilidad de tener exceso de peso sólo fue ligeramente mayor en las mujeres. Sin embargo, entre los 40 y 50 años, podía considerarse que la gran mayoría (80-85%) de las mujeres de Villa Nueva tenían sobrepeso, cuando no obesidad. Las tasas de sobrepeso de los hombres y las mujeres aumentaron bruscamente durante la transición de la vida adulta joven (20-29 años) a la

edad madura, pero las tasas de las mujeres siguieron aumentando de forma muy sostenida hasta los 59 años, mientras que las tasas de los hombres generalmente se nivelaron en el intervalo de 30 a 40 años.

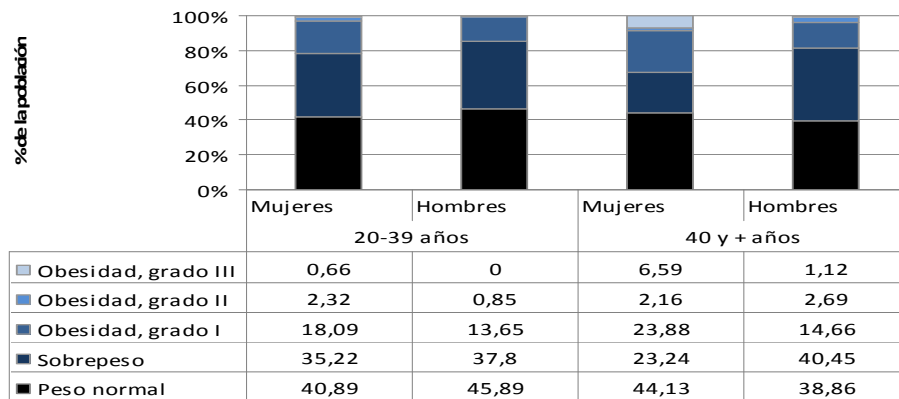
Figura 2: Prevalencia de sobrepeso (BMI >25), por sex sexo y edad



Las tasas son una medida importante del riesgo relativo de padecer sobrepeso en la población. Sin embargo, dado que este estudio usó un diseño de muestreo estratificado por edades, las cifras de hombres y mujeres jóvenes y de mayor edad de la muestra están equilibradas. Por lo tanto, las tasas no reflejarán las diferencias de composición por edades de los sectores femenino y masculino de la población. Quizá sea importante señalar que, dado que las mujeres tienden a vivir más que los hombres, cabe esperar un número más elevado de mujeres mayores que de hombres mayores, lo que significará que, en lo que respecta al *número* real de individuos con sobrepeso de la población, podemos esperar una diferencia entre sexos aun mayor. Las cifras de mujeres y hombres con sobrepeso y sus riesgos para la salud asociados deben tenerse en cuenta a la hora de planificar los recursos de salud necesarios.

La encuesta encontró que las mujeres de 40 años en adelante tenían un riesgo sustancialmente mayor no solo de obesidad, sino también de obesidad más pronunciada (grado III), en comparación con los hombres del mismo grupo de edad y las mujeres más jóvenes (figura 3). Aproximadamente una de cada cinco mujeres jóvenes era obesa, en comparación con una de cada tres mujeres mayores de 40 años. Aunque las mujeres jóvenes fueron menos obesas que las de mayor edad, la distribución de las categorías de peso corporal se asemejó más a la de los hombres mayores de 40 años que a la distribución de los hombres de edad similar.

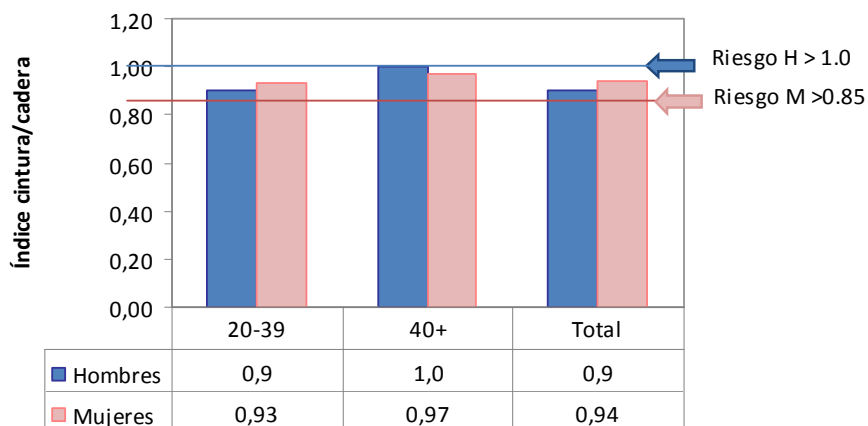
Figura 3: Distribución porcentual de las categorías de peso corporal, según sexo y edad de la población, Villa Nueva, 2006



Diversos estudios han demostrado que la distribución central (abdominal) de la grasa corporal se asocia a riesgos para la salud, incluidas las enfermedades cardiovasculares [11] y la diabetes sacarina [16]. Asimismo, algunas investigaciones han demostrado que la distribución del peso corporal influye más en la salud de las mujeres. Un estudio de varones (10.369) y mujeres (16.638) de mediana edad a edad avanzada (45-73 años) ha descubierto que, independientemente del peso, el riesgo de enfermedad cardiovascular de las mujeres aumentó con la distribución más central de la grasa corporal. No se encontró esta asociación en los varones que presentaban sobrepeso u obesidad, sino sólo en los que tenían un peso normal [17]. Las razones cintura/cadera constituyen un índice simple de la distribución de la grasa; índices más elevados indican que se acumula más grasa en el abdomen, aunque los valores liminares asociados evidentemente a un aumento del riesgo difieren en los hombres ($> 1,0$) y en las mujeres ($> 0,85$)³. Los índices cintura/cadera calculados de los hombres y las mujeres de Villa Nueva mostraron que, por término medio, los hombres más jóvenes no presentaban una distribución central de la grasa y que el promedio de los índices de los hombres mayores simplemente alcanzaban el valor liminar (1,0) asociado a los riesgos para la salud. Sin embargo, tanto los índices cintura/cadera de las mujeres mayores como de las jóvenes superaron el valor liminar femenino. Los resultados indican que los riesgos se multiplican en las mujeres, que no solo presentan mayores tasas de sobrepeso y obesidad, sino también una distribución de la grasa corporal de mayor riesgo.

³ Obsérvese que desde la encuesta de Villa Nueva, Herrera et al. (2009) demostraron que el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares se predecía mejor utilizando valores liminares del índice cintura/cadera de 0,94-0,99 en el caso de los hombres latinoamericanos e hispanos, respectivamente, y de 0,91 en el caso de las mujeres.

Figura 4: Promedio de los índices de cintura/cadera, según sexo y edad, Villa Nueva, Guatemala, 2006



Obsérvese que los valores liminares que diferencian a los individuos en riesgo de aquellos que no están en riesgo son distintos para los hombres y las mujeres.

Curiosamente, el estudio de Villa Nueva encontró que las mujeres tenían mayor probabilidad de ser físicamente activas (con más de 150 minutos de actividad por semana) que los hombres (27,02% frente al 17,9%) [4], aunque las tasas de ambos sexos mostraron niveles de actividad física bajos, que suelen ser similares a los observados en las naciones desarrolladas, como Canadá [8]. La mayor tasa de actividad de las mujeres de Villa Nueva difiere de los resultados de otras investigaciones, que demuestran constantemente que las mujeres en general, o al menos las adultas jóvenes, tienden a ser menos activas que los hombres y que las diferencias son mayores en el caso de los niveles elevados de actividad [18, 19, 20]. El grado de actividad notificado por las propias mujeres de Villa Nueva puede estar sujeto a una notificación excesiva, dado que la actividad física está bien considerada desde el punto de vista social y, como ya se ha descrito, es posible que las mujeres sean más propensas a la notificación excesiva. Por otra parte, las mayores tasas de actividad física registradas en las mujeres que participaron en la encuesta pueden reflejar realmente que las mujeres tienen una vida más activa debido a su gran volumen de trabajo —tanto el trabajo como asalariadas como el trabajo doméstico sin remunerar (por ejemplo, las exigencias físicas del cuidado de los niños, ancianos e individuos enfermos o discapacitados)— y a que, desde el punto de vista social, tienen menos derecho al tiempo libre que los hombres. Sin embargo, en el contexto de otros resultados, el nivel y la intensidad de la actividad de las mujeres son insuficientes para protegerlas del sobrepeso y de enfermedades no transmisibles.

Los resultados de la encuesta corroboraron la asociación entre el sobrepeso y ciertas enfermedades crónicas, así como otros factores de riesgo de enfermedad crónica, en las mujeres de la población del estudio realizado en Villa Nueva. Las tasas de hipertensión, diabetes sacarina, cintura de riesgo y elevación de las concentraciones de colesterol total y triglicéridos fueron significativamente mayores en las mujeres con sobrepeso que en las que presentaban un IMC normal. Por el contrario, las mujeres con

hipertensión y diabetes sacarina tenían una prevalencia significativamente mayor de obesidad y sobrepeso que las mujeres que no padecían estas afecciones.

En general, la probabilidad de tener hipertensión arterial fue ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres, mientras que la prevalencia de diabetes sacarina fue levemente superior en los hombres que en las mujeres (figura 5). Como cabía prever, la prevalencia de diabetes y de hipertensión aumentó con la edad tanto en las mujeres como en los hombres (figuras 6 y 7). La comparación de las tasas por edad y sexo reveló que las tasas de diabetes en las mujeres eran iguales o superiores a las de los hombres en la población de 30 años de edad en adelante. La mayor probabilidad de que las tasas de las mujeres superaran a las de los hombres correspondió al grupo de edad de 40 a 49 años. El mayor riesgo de sufrir diabetes sacarina en las mujeres de esta edad puede reflejar el riesgo adicional de haber contraído diabetes gestacional, que aumenta la probabilidad de un diagnóstico posterior de diabetes sacarina. De manera análoga, la prevalencia de hipertensión arterial fue mayor en los hombres más jóvenes que en las mujeres, aunque la mayor probabilidad de presentar hipertensión de las mujeres respecto a los hombres aumentó en cada grupo de edad sucesivo.

Figura 5: Prevalence of Diabetes Sacarina e Hipertensión, por sexo, Villa Nueva, Guatemala, 2006

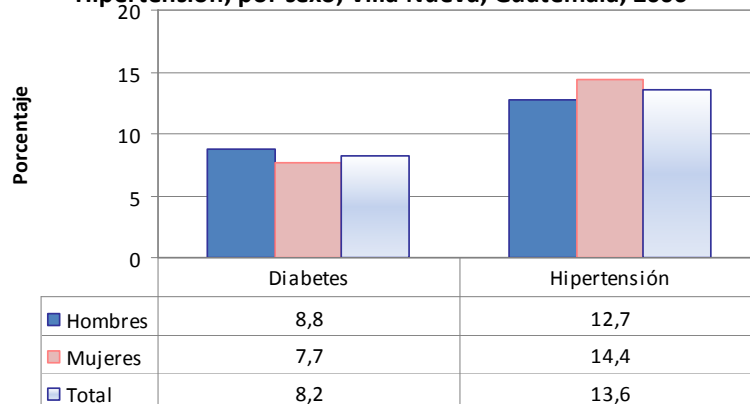


Figura 6: Prevalencia de Diabetes Mellitus, por sexo y edad, Villa Nueva, Guatemala, 2006

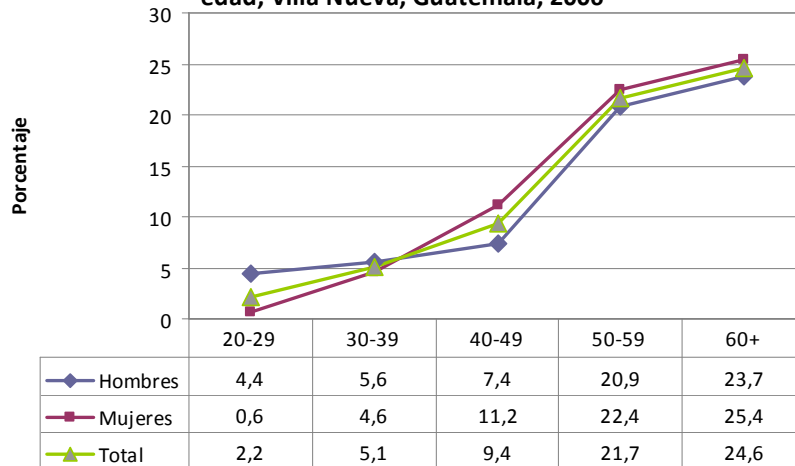
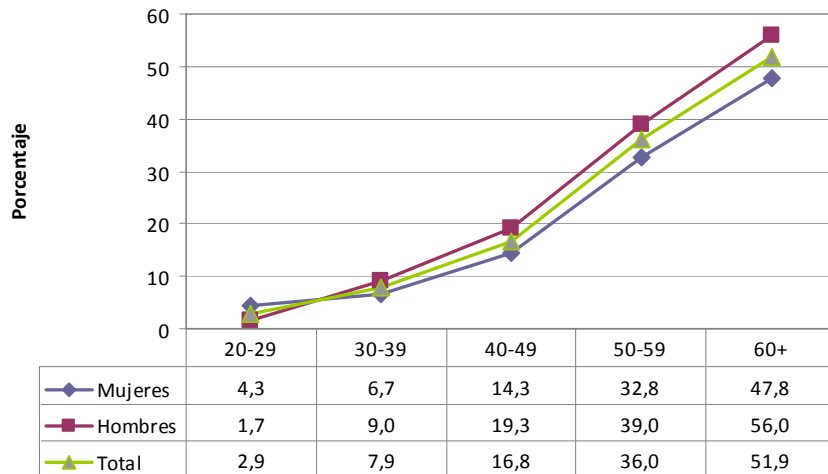


Figura 7: Prevalencia de Hipertensión, por sexo y edad, Villa Nueva, Guatemala, 2006



Discusión

Bases biológicas de los riesgos para la salud de la mujer

Hasta cierto punto, los factores biológicos contribuyen a las diferencias de los riesgos de presentar sobrepeso y obesidad que se observan entre ambos sexos. El desarrollo físico y el aumento de peso que tiene lugar a lo largo de la vida se deben en parte a las diferencias fisiológicas, hormonales y metabólicas entre hombres y mujeres. El peso de las mujeres fluctúa más que el de los hombres en el curso de la vida, observándose una tendencia al aumento de peso al inicio de la pubertad, en relación con los cambios durante el embarazo y después del parto, así como con la aparición de la menopausia [21].

Igualmente, diversas investigaciones clínicas han demostrado que en las mujeres el tejido graso se forma y conserva más fácilmente que en los hombres, independientemente del nivel de actividad física [22]. Por consiguiente, la percepción de que los programas de actividad física son menos eficaces puede observarse más en las mujeres que en los hombres e influir en su participación en tales métodos de pérdida de peso, que quizá utilicen más medios menos saludables, como el tabaquismo o regímenes alimentarios que privan a sus organismos de nutrientes.

Las diferencias biológicas también contribuyen a las diferencias de los resultados de salud y las consecuencias del sobrepeso y la obesidad en las mujeres y los hombres. Por ejemplo, la constitución y las articulaciones más pequeñas de las mujeres, en comparación con los hombres, influyen en el efecto que el peso corporal excesivo tiene en la tasa de deterioro de la articulación de la rodilla y en las consiguientes limitaciones y discapacidades [23]. Algunas condiciones de salud asociadas al peso corporal son específicas del sexo, mientras que otras varían en la medida en que el peso corporal influye en la prevalencia de enfermedad. Entre los riesgos para la salud de la obesidad específicos del sexo se encuentran, en el caso de las mujeres, el cáncer del endometrio, la artrosis, el cáncer de mama menopáusico, las anomalías menstruales, el deterioro de la fecundidad y el aumento de las complicaciones en el embarazo [7]. Cuando la nutrición deficiente contribuye al peso corporal excesivo, las mujeres se enfrentan a otros riesgos para la salud diferentes, como la anemia ferropénica y las anemias por carencias vitamínicas, la osteoporosis y el cáncer de mama vinculado a un régimen alimentario con gran contenido de grasas [24]. La artritis y la hipertensión son dos ejemplos importantes de enfermedades cuyo riesgo de padecimiento es mayor en las mujeres que en los hombres [7].

Diversas investigaciones han revelado que el peso corporal de las mujeres no solo repercute en su propia salud, sino también en la salud de sus hijos y en las tendencias relativas a la obesidad y las enfermedades crónicas en el mundo en desarrollo. Los efectos intergeneracionales son el resultado de una correlación entre el sobrepeso materno y el peso bajo al nacer. El embarazo y la lactancia aumentan las necesidades nutricionales de las mujeres para mantener el crecimiento fetal adecuado y la lactancia materna, y las necesidades adicionales de energía y nutrientes hacen que las mujeres embarazadas y lactantes corran fácilmente un gran riesgo nutricional [14]. Sin embargo, los costos crecientes de los alimentos en las naciones en desarrollo han hecho que las mujeres de ingresos bajos cada vez necesiten más satisfacer el mayor apetito que presentan durante el embarazo con alimentos con gran contenido calórico pero escasa cantidad de nutrientes, lo que contribuye al peso bajo al nacer de sus hijos. En algunos países, actualmente es corriente que los proveedores de atención sanitaria vean a mujeres con sobrepeso u obesas con hijos desnutridos [5]. Algunas investigaciones también han descubierto que las personas que están desnutridas en etapas tempranas de la vida y que posteriormente se vuelven obesas tienden a contraer afecciones como la hipertensión, la diabetes y cardiopatías a más temprana edad y de forma más grave que aquellas que nunca presentaron desnutrición [14]. En Guatemala, la prevalencia del sobrepeso en las mujeres que tienen hijos es aproximadamente del 45%, y el 17% de los niños menores de 3 años tienen un peso inferior al normal [14].

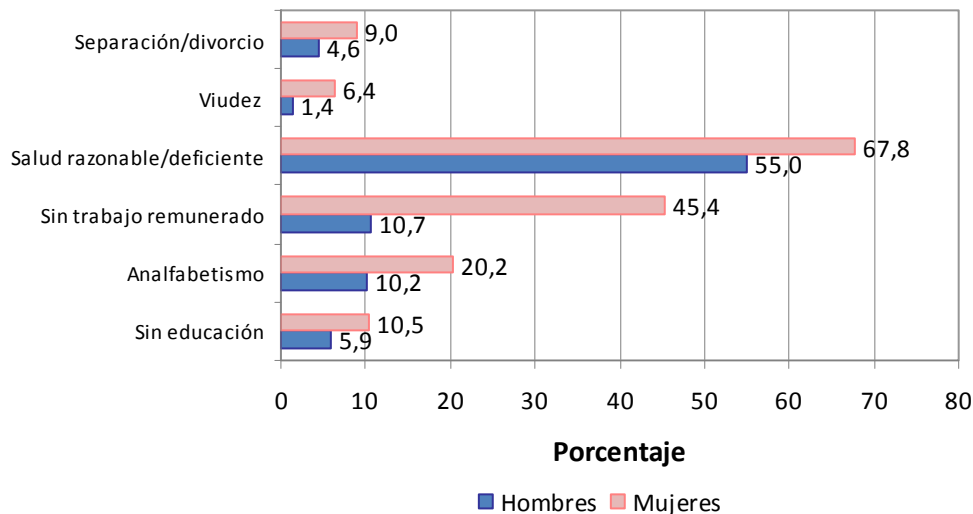
Consideraciones respecto al género

El género es la suma de funciones socialmente estructuradas, valores, normas de conducta, comportamientos, rasgos de personalidad, valoraciones del poder y del derecho a los recursos, que se asignan de diferente manera a los hombres y las mujeres de todas las sociedades. El género se entrecruza con otras dimensiones sociales —como la edad, la clase y el grupo étnico— de diferentes maneras, que influyen en las oportunidades o las dificultades para gozar de salud. Los mayores riesgos de las mujeres guatemaltecas de tener un peso insalubre, y las posibles consecuencias de dicho riesgos, pueden entenderse mejor en el contexto de sus realidades sociales relacionadas con el género.

Braveman ha aplicado un método de disparidades para tener en cuenta las elevadas tasas de obesidad en poblaciones socioeconómicamente desfavorecidas, que puede aplicarse a las circunstancias de las mujeres guatemaltecas. Este enfoque no se centra en los comportamientos que conducen de inmediato a la obesidad, sino en los factores que configuran dichos comportamientos. Los autores afirman que, a pesar de que ciertas condiciones modificables de las vidas de las personas pueden afectar a la probabilidad de lograr y mantener un peso corporal saludable, las mujeres, las personas pertenecientes a minorías de ingresos bajos, raciales o étnicas, entre otros grupos marginados, se ven limitadas por factores que están fuera de su control. Por ejemplo, los ingresos inadecuados pueden afectar a la obesidad al influir en la capacidad de adquirir alimentos nutritivos o de vivir en un vecindario con lugares seguros para hacer ejercicio. Los ingresos bajos también pueden aumentar los riesgos para la salud que plantea la obesidad a través de los efectos del estrés crónico que a menudo imponen las dificultades materiales. Además, tal estrés puede limitar capacidad de las personas de modificar comportamientos conocidos por su relación con el peso corporal insalubre. El bajo nivel educativo alcanzado también podría aumentar el riesgo de padecer obesidad al limitar las oportunidades económicas o la capacidad de comprender la información sanitaria y actuar en consecuencia. Asimismo, la obesidad puede consolidar aun más la desventaja a través de la influencia que el estigma y la menor aceptación social de las personas obesas tienen en la reducción de sus oportunidades [25].

Ciertas medidas de la situación socioeconómica de la población de Villa Nueva (figura 8) pueden tener especial importancia como factores que influyen en el riesgo de sobrepeso de las mujeres. La encuesta indicó que la probabilidad de analfabetismo o de no recibir enseñanza escolar era casi dos veces mayor en las mujeres que en los hombres; hasta una quinta parte de las mujeres eran analfabetas y una de cada diez no había recibido enseñanza. Casi la mitad de mujeres (45%) no tenían trabajo remunerado, en comparación con uno de cada diez hombres (10%) [4]. Esto indica que las mujeres tienen una gran dependencia económica del cónyuge o de algún miembro de la familia, y por otra parte también es más probable que las mujeres sufran la muerte del cónyuge o un divorcio, lo que probablemente pone en peligro su seguridad financiera, además de causar sufrimiento emocional. Aunque estos pocos indicadores solo dan una idea de las circunstancias de vida de las mujeres de esta población guatemalteca, los resultados indican los importantes retos para la capacidad social y los recursos económicos de las mujeres, que influyen en los riesgos y las consecuencias de la obesidad de manera compleja.

Figura 8: Factores de riesgo socioeconómicos y estado de salud reportado por las personas entrevistadas, por sexo, Villa Nueva, Guatemala, 2006.



Las investigaciones realizadas en Guatemala y en otros países latinoamericanos han aportado datos fehacientes de que los factores socioeconómicos influyen de diferente modo en el peso corporal y la salud de las mujeres y las niñas y de los hombres y los niños. Una encuesta realizada a estudiantes de octavo y noveno grado de seis ciudades latinoamericanas, incluida Ciudad de Guatemala, no solo confirmó la asociación entre la prevalencia de sobrepeso y el género, sino que también mostró que la influencia de la situación socioeconómica en el peso corporal sigue modelos diferentes en las niñas y los niños de zonas urbanas. El sobrepeso fue más común en los hombres del estrato socioeconómico superior que en los del estrato inferior, mientras que esta tendencia se invirtió en las mujeres. La investigación también demostró que las niñas estaban menos satisfechas con su peso que los niños, y que la insatisfacción era mayor en los jóvenes de familias más adineradas que en los de familias más pobres. Por lo tanto, no es de sorprender que, en general, las mujeres intentaran perder peso con mayor frecuencia que los hombres y que los adolescentes mayores [26]. Estos resultados concuerdan con las investigaciones, que confirman cada vez más que existe una sólida relación inversa entre el estado socioeconómico individual y el IMC en las mujeres. Dado que tanto el género como la situación socioeconómica influyen en las oportunidades, es importante examinar cómo interactúan y repercuten en la salud [27].

Una investigación en la que se comparó a los residentes en zonas rurales con los que emigraron a zonas urbanas indica que quizá haya diferencias en la manera en que factores de estos entornos, y los cambios en dichos entornos, afectan al peso corporal de los hombres y las mujeres, así como a otros factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. El estudio se centró en individuos (n=473) de 19-29 años residentes en pueblos cercanos a Ciudad de Guatemala, y otros residentes en la ciudad,

emparejados según sus experiencias y riesgos en etapas tempranas de la vida (incluidos los factores socioeconómicos). El estudio reveló que las mujeres, tanto de los entornos urbanos como de los rurales, tenían mayor probabilidad de presentar sobrepeso que los hombres (28% frente al 11%), pero que sus riesgos parecían no cambiar notablemente con la migración. Por el contrario, la migración urbana se asoció a un mayor peso corporal en los hombres. Las mujeres eran igualmente inactivas en las zonas urbanas y las rurales, mientras que el traslado al medio urbano hizo que aumentara el número de hombres que se hicieron sedentarios. Las mujeres y los hombres de zonas rurales tendieron a presentar más grasa abdominal [3]. En las mujeres, el modo de vida rural no parece proteger el peso corporal ni impedir el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles.

El papel más importante de las mujeres en la atención de los niños y de otros miembros de la familia puede ayudar a tener en cuenta el elevado riesgo de presentar sobrepeso y obesidad de las mujeres guatemaltecas, que se ha observado incluso en mujeres jóvenes. Las mujeres que tienen a su cargo niños pequeños se encuentran entre los más pobres de los pobres, lo que hace que estas mujeres, y sus hijos, afronten el mayor riesgo de inseguridad alimentaria. En este caso, la inseguridad alimentaria no solo se refiere al acceso a cualquier alimento, sino a alimentos nutritivos que ayuden a los individuos a lograr y mantener un peso corporal sano. Un estudio realizado en mujeres de ingresos bajos de Argentina encontró que no era infrecuente que las mujeres renunciaran a comer alimentos saludables para que sus hijos o esposos comieran mejor o para costear otras necesidades básicas de su familia [5].

Es sabido también que la importante función de las mujeres en el cuidado de los niños pequeños influye en su capacidad de realizar actividad física y en la promoción del peso saludable. Las mujeres que tienen hijos experimentan más cambios en el modo de vida y en los niveles de actividad que se relacionan con la atención primaria infantil. Es sabido que estas influencias en los niveles de actividad difieren según la etapa de desarrollo y las necesidades del niño (lactante, niño pequeño, niño en edad escolar). Las expectativas sociales relativas a las mujeres tienden a promover actitudes que las propias mujeres deben orientar, no para mejorar su propia salud, sino la de otros. Por consiguiente, tener acceso a la enseñanza, a una carrera o llevar una vida activa a través del deporte o del esparcimiento no se consideran ocupaciones importantes para las mujeres o las niñas. Según el Centro para la Investigación y la Acción en Materia de Desarrollo (CRAD) de Haití, estas clases de normas sociales imponen limitaciones al comportamiento, las aptitudes y las capacidades de las mujeres que contribuyen a su mala salud, que se reflejan en el rápido aumento de las tasas de obesidad, cardiopatía, hipertensión, diabetes y artritis en las mujeres de Haití [28].

El cuerpo humano no es solo un ser físico, afectado por estados físicos de salud, sino que también es una expresión de sí mismo, configurada por valores compartidos relativos a características socialmente favorecidas, así como por percepciones individuales y estados psicológicos. Los valores referentes al peso corporal varían según el género, la clase, la cultura y con el transcurso del tiempo. Es importante comprender los valores únicos de las mujeres y los hombres guatemaltecos en cuanto al peso corporal, aunque la ausencia de información en las publicaciones científicas limita la capacidad de considerar dichas percepciones en este análisis. La cultura popular norteamericana, que normalmente ha presentado el tipo corporal delgado, cuando no con un peso inferior al normal, como el tipo socialmente

aconsejable para las mujeres, ha influido en gran medida en el conjunto de valores mediante los cuales los cuerpos femeninos son “medidos” por otros y por las propias mujeres. La globalización ha hecho que las mujeres que viven en las ciudades de todo el mundo en desarrollo no hayan escapado a este influjo. La interiorización por parte de las mujeres de ideales acerca del tipo corporal tiene graves repercusiones para su salud psicológica y física. Por lo tanto, la percepción de no tener un peso corporal socialmente aconsejable contribuye a que las mujeres alberguen sentimientos de insatisfacción respecto a su propio cuerpo, y puede hacer que tengan una autoestima baja, sufrimiento emocional, sentimiento de culpa y comportamientos de afrontamiento contraproducentes o insalubres, como la alimentación según el estado emocional, las dietas a largo plazo o el tabaquismo. En América del Norte, el mayor estigma asociado al gran tamaño corporal afecta más a las mujeres que a los hombres, y es más fácil que las mujeres consideren que dicho estigma es válido [27]. Las presiones sociales para lograr un tipo corporal aconsejable minan la salud mental de las mujeres, en particular en ambientes sociales donde se les niegan otros medios para satisfacer la necesidad de desarrollar una conciencia positiva de sí mismas, por ejemplo, mediante la educación, un trabajo provechoso u oportunidades para la autodeterminación. Por otro lado, la cultura urbana occidental no solo ha constituido socialmente el sobrepeso como una enfermedad, sino que también ha comercializado sus remedios mediante la promoción de equipos costosos para lograr una buena condición física, potenciadores farmacológicos o herbarios del metabolismo, ropa especializada para hacer ejercicio y otros productos y servicios, muchos de los cuales son inasequibles para las mujeres que cuentan con medios limitados.

Implicaciones para las políticas y la programación

El análisis previo ha puesto de manifiesto la distinta naturaleza de los riesgos de las mujeres guatemaltecas de presentar un peso corporal insalubre y de sus consecuencias, lo cual aporta enseñanzas respecto a la manera en que las políticas y la planificación de programas podrían sensibilizarse para prevenir de manera más eficaz las enfermedades crónicas no transmisibles. Está claro que los factores que escapan al control de cada mujer desempeñan un papel importante en una trama causal que vincula los riesgos de las mujeres que presentan un peso corporal insalubre con el analfabetismo, la pobreza, la inseguridad alimentaria, la dependencia financiera y las prioridades en pugna necesarias para la atención de sus hijos, entre otros retos. Por lo tanto, las estrategias preventivas deben abordar estos temas sociales y generales fundamentales, en lugar de hacer hincapié en gran medida en los comportamientos inmediatos e individuales que dan lugar al aumento de peso. La Organización Mundial de la Salud aboga por un “enfoque integrado, multisectorial, basado en la población, que incluye el apoyo del entorno a los regímenes alimentarios saludables y la actividad física regular” [2]. Tal estrategia reconoce la importancia de dirigir las intervenciones de políticas a las condiciones que promueven riesgos, en vez de a los denominados individuos “en riesgo”.

Cuando los programas se centran en la educación pública para mejorar el conocimiento de las mujeres de los comportamientos que promueven la salud, debe considerarse una gama amplia de niveles de alfabetización. Asimismo, los programas que pretendan influir en los modos de vida de las mujeres quizá deban atender asuntos tales como: las funciones de las mujeres como prestadores de asistencia a los niños pequeños, los progenitores u otras personas dependientes y los conflictos de funciones que

surgen por la participación en el programa; la vulnerabilidad de las mujeres en cuanto al estrés y la falta de tiempo libre; su necesidad de seguridad ante las amenazas de abuso de poder o ante la violencia; la mala salud como una barrera potencial a la participación femenina; y la influencia de amplio alcance de la pobreza en las vidas de las mujeres. Las estrategias para tratar la inseguridad alimentaria deben abordar temas tales como el acceso a los ingresos domésticos, la discriminación en los mercados laborales y la función de los alimentos en la vida de las mujeres.

Aunque las mujeres de 40 años en adelante tienen riesgos particularmente altos de presentar sobrepeso y obesidad, el problema parece ser más generalizado, dado que las mujeres jóvenes y las mujeres de zonas rurales también parecen tener tasas muy elevadas. Por lo tanto, quizá sean beneficiosas las estrategias generalizadas que persiguen el empoderamiento de todas las mujeres mediante un enfoque de derechos humanos. Un programa patrocinado de UNIFEM, en Haití, constituye un ejemplo de un programa centrado en el empoderamiento de las mujeres. Se realizaron seminarios con mujeres para tratar el tema de su función en la sociedad; las actividades se centraron en el aumento de la confianza de las mujeres, y se las alentó a que se vieran como algo más que proveedores que satisfacen las necesidades de sus familias. Aunque se animó a las mujeres a cuidar mejor de sus cuerpos mediante la realización de actividad física, el fomento de la confianza de las mujeres y el aumento de su toma de conciencia de sus derechos y su valía era solo una parte del programa [28]. Con referencia al tema del empoderamiento de las mujeres, una característica fundamental de la elaboración de políticas y programas en esta área consiste en lograr que las mujeres guatemaltecas —en particular las más vulnerables a la inseguridad alimentaria y las afectadas por el sobrepeso— participen en la toma de decisiones para configurar políticas y programas.

Por último, a pesar de las crecientes preocupaciones acerca de la prevalencia del sobrepeso y de la obesidad, sigue siendo importante considerar los riesgos del peso inferior al normal de las mujeres, el contexto hormonal y reproductivo del cambio de peso de las mujeres a lo largo de la vida y los efectos de las fluctuaciones del peso corporal o del comportamiento alimentario que no se detectan en encuestas cuantitativas y transversales sobre el peso corporal.

Referencias

1. Martorell R, Khan LK, Hughes ML, Grummer-Strawn LM (2000). Obesity in women from developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54:247-52.
2. Obesity and Overweight [hoja informativa], Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health (2003). Obtenido el 12 de agosto del 2009 de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. Sitio web: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/index.html>.
3. Torun B, Stein AD, Schroeder D, Grajeda R, Conlisk A, Rodriguez M, Mendez H, Martorell R (2002). Rural-to-urban migration and cardiovascular disease risk factors in young Guatemalan adults. *International Journal of Epidemiology*; 31:218-226.

4. Pan American Health Organization. (2007). Central America Diabetes Initiative (CAMDI): Survey of Hypertension, Diabetes and Chronic Disease Risk Factors; Villa Nueva, Guatemala, 2006. Washington, DC: PAHO. Pp. 80. Obtenido el 8 de abril del 2009 de <http://www.paho.org/English/AD/DPC/NC/guatemala-survey.htm>.
5. Fraser B (2005). Latin America's urbanisation is boosting obesity. *The Lancet*, 365(9476): 1995-1996.
6. Popkin B (1994). The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis. *Nutrition Reviews*, 52:285-98.
7. Olmsted MP, McFarlane T (2003). Body weight and body image. En: Canadian Institute for Health Information and Health Canada (eds.), *Women's Health Surveillance in Canada*. Health Canada, Ottawa (ON). 12 p.
8. Mendoza Montano C, Estrada K, Chávez A, Ramírez-Zea M (2008). Perceptions, Knowledge and Beliefs About Prevention of Cardiovascular Diseases in Villa Nueva, Guatemala. *Prevention and Control*, 3: 1-9.
9. World Health Organization. (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
10. Wagner DR, Heyward VH. 2000. Measures of body composition in blacks and whites: A comparative review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71(6): 1392-1402.
11. Herrera VM, et al. Investigators of the Latin-American Consortium of Studies in Obesity (LASO). (2009). Interethnic differences in the accuracy of anthropometric indicators of obesity in screening for high risk of coronary heart disease. *International Journal of Obesity*, 33: 568-576.
12. Guatemala (n.d.). Obtenido el 22 de septiembre del 2009 de *Encyclopedia of the Nations*. Sitio web: <http://www.nationsencyclopedia.com/economies/Americas/Guatemala.html>.
13. Graff-Iversen S, Anderssen SA, Holme IM, Jennum AK, & Raastad T (2007). An adapted version of the long International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-L): construct validity in a low-income, multiethnic population study from Oslo, Norway. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 4: 13.
14. The World Bank. (2006). Chapter 2: How Serious Is Malnutrition and Why Does It Happen? En: M. Shekar (Ed.), *Repositioning Nutrition as Central to Development; A strategy for large scale action* (pp. 42-61). Banco Mundial, Washington, DC.
15. Mendez, MA, Monteiro CA, Popkin BM (marzo del 2005). Overweight exceeds underweight among women in most developing countries. *American Journal of Clinical Nutrition*, 81(3): 714-721.
16. Tousignant B, Faraj M, Conus F, Garrel D, Brochu M, Rabasa-Lhoret R, Coderre L (noviembre del 2008). Body fat distribution modulates insulin sensitivity in post-menopausal overweight and obese women: a MONET study. *International Journal of Obesity*, 32(11):1626-1632.
17. Li C, Engström G, Hedblad B, Calling S, Berglund G, Janzon L (2006). Sex differences in the relationships between BMI, WHR and incidence of cardiovascular disease: a population-based cohort study. *International Journal of Obesity*, 30(12):1775-1781.

18. Mkin SB, Walsh P (2003). Physical activity and obesity in Canadian women. En: Canadian Institute for Health Information and Health Canada (eds.), *Women's Health Surveillance in Canada* (p 17). Health Canada, Ottawa (ON).
19. Donner L, Isfeld H, Haworth-Brockman M, Forsey C (2008). Manitoba Women and Physical Activity. En: A Profile of Women's Health in Manitoba. Prairie Women's Health Centre of Excellence, Winnipeg, Manitoba.
20. Vertinsky P (1998). "Run, Jane, Run": central tensions in the current debate about enhancing women's health through exercise. *Women and Health*, 27(4):81-111.
21. Lovejoy J (1998). The Influence of Sex Hormones on Obesity across the Female Life Span. *Journal of Women's Health*, 7(10): 1247-1256.
22. Harris GK, Baer DJ (2007). Gender differences in body fat utilization during weight gain, loss, or maintenance. (pp. 239-244). *Phytopharmaceuticals for Obesity Treatment*. En: HG Preuss y D Bagchi (eds.). CRC Press, Boca Raton, FL.
23. Donner L, Isfeld H, Haworth-Brockman M, Forsey C (2008). Arthritis. en: A Profile of Women's Health in Manitoba. Prairie Women's Health Centre of Excellence, Winnipeg, Manitoba.
24. Donner L, Isfeld H, Haworth-Brockman M, Forsey C (2008). Nutrition and Food Choices. En: A Profile of Women's Health in Manitoba. Prairie Women's Health Centre of Excellence, Winnipeg, Manitoba.
25. Braveman P (2009). A health disparities perspective on obesity research. *Preventing Chronic Disease*, 6(3). Último acceso el 10 de septiembre del 2009: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/jul/09_0012.htm.
26. McArthur LH, Holbert D, Peña M (octubre del 2003). Prevalence of overweight among adolescents from six Latin American cities: a multivariable analysis. *Nutrition Research*, 23(10): 1391-1402.
27. Matheson FI, Moineddin R, Glazier RH (2008). The weight of place: A multilevel analysis of gender, neighborhood material deprivation, and body mass index among Canadian adults. *Social Science & Medicine*, 66:675-690.
28. Building Confidence and Encouraging Individuality among Haitian Women (noviembre del 2005). Centre for Development Research and Action (CRAD). Obtenido el 10 de septiembre del 2009 de UNIFEM, Nueva York, Estados Unidos. Sitio web: http://www.unifem.org/gender_issues/voices_from_the_field/story.php?StoryID=368.