



Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica publicada por el
Centro Centroamericano de Población,
Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica
<http://ccp.ucr.ac.cr>

Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica semestral, ISSN-1659-0201

Volumen 9, número 2, artículo 2

Enero - junio, 2012

Publicado 1 de enero, 2012

<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas Chontales de Tabasco, México

Marcelina Cruz-Sánchez

Esperanza Tuñon-Pablos

Martha Villaseñor-Farías

Guadalupe del Carmen Álvarez-Gordillo

Ronald Nigh-Nielsen



Protegido bajo licencia Creative Commons
Centro Centroamericano de Población

Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas Chontales de Tabasco, México

Gender inequalities in overweight and obesity Among indigenous Maya Chontales of Tabasco, Mexico

Marcelina Cruz-Sánchez¹, Esperanza Tuñon-Pablos², Martha Villaseñor-Farías³, Guadalupe del Carmen Álvarez-Gordillo⁴, Ronald Nigh-Nielsen⁵

RESUMEN

Antecedentes: La obesidad se ha convertido en una epidemia global y las mujeres presentan tasas más altas que los hombres. Se desconoce el porqué de este fenómeno, o si adquiere características específicas entre la población indígena. **Objetivo:** identificar las desigualdades de género que subyacen al fenómeno del cuerpo con sobrepeso y obesidad entre indígenas chontales de Tabasco. **Materiales y métodos:** estudio cualitativo con entrevistas a profundidad a 15 informantes mujeres y hombres. La guía de entrevista contempló las categorías de: estilo de vida, pertenencia étnica, costumbres y hábitos de alimentación, usos y significados del cuerpo, así como normas de género. Las entrevistas fueron audio grabadas y transcritas. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito para participar, así como la aprobación del comité de ética. **Resultados:** las mujeres presentan mayor sobrepeso y obesidad que sus pares varones; el ejercicio está prohibido para ellas, los espacios públicos para prácticas deportivas son utilizados de manera exclusiva por los varones, las mujeres después de la maternidad, asumen que es “normal” ser gorda, la obesidad se considera herencia inevitable de los padres y no una enfermedad, la pérdida de peso no es deseable en ninguna etapa de la vida. **Conclusiones:** Las desigualdades de género son una importante condición para la prevalencia del sobrepeso y la obesidad entre las mujeres chontales. Los resultados de este estudio tienen implicaciones en la promoción de un estilo de vida saludable para la disminución de las tasas de sobrepeso y obesidad entre la población indígena y particularmente entre las mujeres.

Palabras Clave: Obesidad, desigualdad, género, población indígena, Chontales, Tabasco.

ABSTRACT

Obesity has become a global epidemic with women registering higher rates than men. It is unknown why this phenomenon occurs or whether it acquires specific characteristics among indigenous populations. **Objective:** To identify gender inequalities that underly excess body weight and obesity among the indigenous Maya Chontales of Tabasco. **Materials and Methods:** Qualitative study of 15 in-depth interviews of Chontal men and women. Interview themes included categories of lifestyle, ethnicity, customs and eating habits, uses and significance of the body, and gender norms. The interviews were recorded and transcribed. Written informed consent for participation in the study, as well as ethics committee approval, were obtained. **Results:** Women tend to excess body weight and obesity to a greater extent than men. Physical exercise is forbidden to women as public spaces for sports are exclusively male domains. After maternity, it is generally assumed that it is “normal” to be overweight. Obesity is considered an unavoidable genetic heritage, not a disease and weight loss is undesirable at any stage of life. **Conclusions:** Gender inequalities are an important conditioning factor in excess weight and obesity among Chontal women. The results of this study have implications for the promotion of healthy lifestyles for reducing rates of excess weight and obesity in indigenous populations, particularly among women.

Keywords: Obesity, inequality, gender, indigenous population, Maya Chontales, Tabasco

Recibido: 12 ago. 2011

Aprobado: 28 oct. 2011

¹ El Colegio de la Frontera Sur. Doctorado en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, MEXICO. mscruz@ecosur.mx

² El Colegio de la Frontera Sur. Investigadora titular Área Sociedad, Cultura y Salud. MEXICO. etunon@ecosur.mx

³ Universidad de Guadalajara .Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud. MEXICO mvillase@hotmail.com

⁴ El Colegio de la Frontera Sur. Investigadora titular Área Sociedad, Cultura y Salud. MEXICO galvarez@ecosur.mx

⁵ Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social. MEXICO rbnigh@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la obesidad es una epidemia global que afecta a todos los países del mundo en menor o mayor grado, pero que cada vez afecta más a las poblaciones empobrecidas de los países subdesarrollados o en vías de desarrollo.

El sobrepeso y la obesidad también se consideran factor de riesgo para otras patologías en particular las diabetes mellitus y dislipidemias (OMS, 2000).

El fenómeno de la obesidad y el sobrepeso se presenta por igual en hombres y mujeres de todas las edades. No obstante las mujeres reflejan tasas mayores de obesidad. Si bien la explicación de la obesidad en las mujeres se vincula a la maternidad, el trabajo doméstico, el estrato socioeconómico bajo y la baja escolaridad (Olson y Strawderman, 2009; Warin y cols. 2008), estas explicaciones no aportan argumentos suficientes para comprender el porqué del fenómeno.

En el año 2007, los adultos mayores de 20 años en Tabasco presentaban una prevalencia de sobrepeso más obesidad de 73% (69.2% para hombres y 75.9% para mujeres), la prevalencia urbana fue de 75.9% y en la rural de 69.1%. La prevalencia de circunferencia de cintura (obesidad abdominal) fue de 73.2%, con una marcada diferencia entre sexos: 63.3% hombres y 80.8% mujeres (ENSANUTEF, 2007). En otras palabras ellas parecen tener más obesidad abdominal que ellos.

Como se puede observar, las mujeres presentan las dos condiciones de sobrepeso y obesidad más que los hombres. La pregunta en consecuencia es ¿cuáles son los determinantes que podrían explicar las diferencias y desigualdades existentes en el fenómeno del sobrepeso y de la obesidad de mujeres y hombres? Consideramos que, además de las explicaciones citadas en la literatura, se deben considerar también factores sociales, tales como los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones y pautas culturales, que frecuentemente generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y que tienen una marcada influencia en su salud, lo que en gran medida explica su mayor morbilidad por trastornos crónicos, incluida la obesidad. Estos factores sociales pocas veces se exploran cuando se trata de comprender fenómenos como el sobrepeso (Rohlf, 2003).

Las estadísticas de obesidad por sexo en México y en Tabasco, no permiten un análisis más nítido de la situación por condición étnica y de género.

En México, al igual que en otros países de América Latina, los pueblos indígenas se caracterizan por ser grupos altamente frágiles en varios aspectos. Ser indígena aumenta la probabilidad de una persona de estar en condiciones de pobreza, alcanzar menos años de educación y tener un menor acceso a servicios básicos de salud (Hall y Patrinos 2006).

La salud de los hombres y mujeres indígenas, tanto en México como en América Latina, en lo que se refiere al sobrepeso y obesidad ha sido abordada principalmente a través de estudios de corte cuantitativo, (Peña y Bacallao, 2000; Uauy et al, 2001; Vallengia, et al, 2010; San Sebastian, M, y Karin Hurtig, A. 2007, Boissonnet et al. 2011)) de los que se concluye que este fenómeno va en aumento, que la población indígena ha sido sub representada en los estudios epidemiológicos, que debe considerarse como una enfermedad social indicador de desigualdad

social, que las mujeres presentan más obesidad que los hombres y que en la transición nutricional, la desnutrición está siendo desplazada por la obesidad y el sobrepeso entre las poblaciones más pobres, pero también entre las poblaciones indígenas de Latinoamérica. Sin embargo, poco se ha indagado acerca de las desigualdades de género y el cuerpo con sobrepeso y obesidad, así como desde la perspectiva de las personas indígenas.

En este trabajo entendemos al género como la construcción social de la diferencia sexual, por medio de la cual la cultura determina lo que es ser hombre o mujer, asignado a cada uno/una un conjunto de pautas y funciones que las y los distinguen (Lamas,1997).

Utilizar el concepto de género para analizar el fenómeno de la obesidad, proporciona una categoría de análisis que permite observar las formas de enfermar de mujeres y hombres y encontrar que estas diferencias no están ligadas a la variable sexo, sino a las formas de vida y condicionantes sociales de los sexos (Velasco, 2009). En consecuencia, partimos del supuesto de que la desagregación por sexo oculta las diferencias y desigualdades de género, cuestión que dificulta la comprensión del fenómeno del sobrepeso y de la obesidad más marcada entre las mujeres, comprensión necesaria para lograr un conocimiento más amplio del fenómeno.

El tema de las desigualdades de género ha sido ampliamente estudiado por las teóricas feministas que buscan describir y explicar las experiencias humanas desde el punto de vista de las mujeres (Madoo y Niebrugge, 2002). Si bien existen diversas explicaciones de los orígenes de la desigualdad de género, aquí destacamos las que a nuestro juicio son las más sobresalientes: la teoría de que la desigualdad de género es el resultado de un modelo sexista y patriarcal de la división del trabajo y la teoría de la opresión de género que describe la situación de las mujeres como la consecuencia de una relación directa de poder entre hombres y mujeres en la que los hombres tienen intereses concretos y fundamentales en la práctica de la dominación de las mujeres.

En esta división sexual del trabajo de la comunidad indígena en estudio, se manifiesta lo que Lerner (1986) llama el “dominio paternalista” que se entiende como una forma de dominio regida por derechos y obligaciones mutuas:

El intercambio de dominio, sumisión por protección, trabajo no pagado por mantenimiento... las bases del paternalismo están constituidas por este contrato no escrito de intercambio: el varón suministra el soporte económico y la protección a cambio de la subordinación de la mujer en todos los aspectos y de su servicio sexual y doméstico gratuitos (Lerner, 1986, p. 217-218)

La subordinación de las mujeres no ocurre solamente en el ámbito de la familia, sin duda, es en ese espacio donde se reproduce con mayor fuerza, pero al decir de Bourdieu (2010), la dominación masculina sobre las mujeres es preservada a través de las instituciones como la escuela, la iglesia y el estado. Y esto es así porque tradicionalmente se ha asociado a la mujer como más cercana a la naturaleza y al hombre a la cultura. Esta concepción ha hecho que algunas mujeres perciban su cuerpo como un espacio de esfuerzo y de sufrimiento, vinculando a este último los mandatos de los estereotipos de género en relación con la sexualidad y la procreación (Rivas, 1998; Szazs, 1998).

Al decir de Chant (2007), la investigación acerca de las desigualdades de género en salud se ha concentrado en mujeres mestizas de bajos ingresos de áreas urbanas, y aunque existen algunos trabajos en zonas indígenas de México (Gil-Romo y Coria, 2007) poco se ha indagado entre indígenas chontales de Tabasco sobre este tema.

El Estado de Tabasco, ubicado en el sureste de la República Mexicana, es considerado como de alto índice de desigualdad de género⁶ sólo por arriba del estado de Chiapas (Maldonado, 2003). Para construir este índice se utilizan variables como la escolaridad, rezago educativo, ocupación por sector de la economía, acceso a la educación superior, ingreso y hogares con ingreso femenino, entre otros.

Para efectos de este trabajo entendemos las desigualdades de género como las diferencias evitables, innecesarias e injustas entre hombres y mujeres que tienen que ver básicamente con su condición de ser hombre o mujer (Velasco, 2009). Estas desigualdades conceden ventajas a los hombres sobre las mujeres en varios aspectos como la educación, ocupación, ingreso, distribución del trabajo doméstico y acceso a servicios de salud, al deporte y recreación, que se reflejan en el estado de salud.

En el seno de las familias las desigualdades de género se manifiestan en diversos aspectos: en la división intrafamiliar del trabajo, en los mecanismos de control de la libertad de movimiento de las mujeres y en el ejercicio de la violencia en contra de ellas (García y Oliveira, 1994, y 2006).

El conocimiento de las asimetrías de género que subyacen al cuerpo con sobrepeso de hombres y mujeres, resulta 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 la obesidad central como condiciones que predisponen a la aparición del llamado síndrome metabólico (WHO, 2000).

Para prevenir, controlar o revertir el problema del sobrepeso y la obesidad, las políticas públicas proponen modificar el estilo de vida sedentario por otro que haga énfasis en la realización de actividad física⁷ y mejorar los hábitos alimenticios aumentando el consumo de frutas y verduras frescas y la disminución del consumo de alimentos ricos en grasas, refrescos embotellados y cerveza.

Tanto la realización de actividad física como los hábitos de consumo de alimentos y bebidas, son prácticas sociales y por lo tanto socialmente determinadas, en otras palabras, el intento de modificar las prácticas sociales de los grupos humanos, y en particular de los grupos indígenas, son acciones que no obedecen a prescripciones de grupos de otras culturas como sería la de los profesionales de la salud. Mientras que por otro lado el pueblo chontal de Nacajuca ha vivido una constante devastación de los recursos naturales, que hace unos 40 años, antes del auge de la explotación petrolera en la zona, les proveían alimento de los mantos lagunares así como del río que rodea a la comunidad de Tecoluta, hoy día, sólo son fuente de contaminación lo que a su vez

⁶ El autor menciona que fueron escogidas las variables señaladas porque la información correspondiente está disponible para todas las entidades federativas y porque guardan una asociación relativamente estrecha entre sí, lo cual es una condición deseable, dado el método de componentes principales.

⁷ La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por el sistema musculoesquelético que resulta en pérdida de energía (Brambilla, et. al 2011).

ha modificado no sólo la dieta tradicional de este pueblo sino también el tipo de actividad física que realizan.

En esos años, hombres y mujeres podían realizar actividades de pesca y de agricultura, pero en la actualidad, sólo los hombres, salen muy temprano, para adentrarse en las contaminadas aguas del río en busca de pescado hacia las lagunas más alejadas y que aún no están muy contaminadas. Las mujeres ya no pueden realizar esta actividad debido a que tendrían que alejarse de sus casas por muchas horas, con lo que descuidarían el trabajo doméstico y la crianza de los hijos, funciones que, en la cultura chontal, parecen ser exclusivas de ellas. Asimismo la agricultura, es otra actividad que en este pueblo ha desaparecido casi por completo, ya que la actividad de extracción de petróleo y las recurrentes inundaciones, producto a su vez de las obras hidráulicas para proteger a centros de población urbanos, han acabado con la siembra de maíz, frijol, plátano y otras especies, convirtiendo los terrenos en pastizales (Tudela, 1986; Martínez, 2006). El fenómeno de las inundaciones ha traído como consecuencia la introducción de alimentos diferentes a la dieta del pueblo chontal, al llegar frijol en lata y sopas instantáneas en forma de ayuda a través de despensas. Con lo anotado hasta aquí es posible que tanto las desigualdades de género como las modificaciones en las formas de subsistencia de esta comunidad tengan alguna carga en el incremento observado de la obesidad.

En este trabajo exploramos las desigualdades de género que subyacen al fenómeno del sobrepeso y obesidad de las mujeres de la etnia chontal, así como sus dificultades para realizar el ejercicio físico⁸ recomendado para controlar el sobrepeso y las creencias prevalecientes en torno al destino corporal de las mujeres tras la unión y maternidad.

2. DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 De las entrevistas e informantes

El estudio fue de carácter cualitativo por tener como finalidad la interpretación de la subjetividad y el conocimiento del significado desde la perspectiva de los actores (Castro, 1996). Se realizó a través de entrevistas efectuadas con hombres y mujeres ubicados en tres etapas diferentes de vida, a saber, jóvenes, adultos y adultos mayores.

Para los fines de este proyecto se categorizaron a los tres subgrupos además por la adscripción al cuerpo que las y los informantes hacían de sí mismos: delgado, obeso (gordo) y con sobrepeso. Con el propósito de comparar la adscripción al cuerpo que los informantes hacían, se obtuvo el índice de masa corporal (IMC) de cada uno. 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/estatura², se utilizó una báscula mecánica de pie con altímetro, calibrada antes de iniciar las mediciones. De acuerdo con la Norma oficial mexicana NOM-174-SSA1-1998 para la prevención y control de la obesidad se consideró: Bajo peso o delgado un índice de masa corporal menor a 18 kg/m²; peso normal, valores de IMC entre 18 y 23, sobrepeso entre 25 y 27 (en talla baja entre 23 y 25) y obesidad

⁸ 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 (Caspersen, et al, 1985).

cuando el IMC fue mayor 27 y en personas de talla baja mayor de 25⁹. Se elaboró una guía de entrevista con las siguientes categorías de análisis: normas de género, adscripción a la etnia chontal, estilo de vida, significados del cuerpo y hábitos de alimentación.

Las entrevistas con las y los informantes se realizaron en sus domicilios y se contó con el consentimiento informado por escrito de todos los participantes. La selección de las y los participantes se realizó a través de la técnica de bola de nieve iniciando con las observaciones del personal del centro de salud de la comunidad. El total de participantes fue de 15 en edades comprendidas entre los 17 y 74 años.

2.2 El contexto socio espacial

Los límites del Estado de Tabasco son naturales y artificiales, al norte limita con el Golfo de México y Campeche; al sur con Chiapas y la república de Guatemala; al oeste con el estado de Veracruz, y al este, con el estado de Campeche y la república de Guatemala.

El municipio de Nacajuca se localiza en la región de la Chontalpa y tiene como cabecera municipal a la ciudad del mismo nombre. Se encuentra a 10 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 municipios de Cunduacán y Jalpa de Méndez. Es el municipio más cercano a la capital del Estado de Tabasco, a una distancia de 25 km. aproximadamente. La extensión territorial del municipio de Nacajuca es de 488.37 km² (Enciclopedia Municipio de México, 2010).

La ranchería Tecoluta en sus dos secciones fue el contexto seleccionado para la investigación. Se localiza a 12 km de la cabecera municipal de Nacajuca en lo que se conoce como corredor de pueblos chontales y a 40 km de la ciudad de Villahermosa, capital de Tabasco. Es considerada como una comunidad de alta marginación (CONAPO, 2005) y concentra el mayor número de hablantes de la lengua chontal de Tabasco. Presenta un porcentaje de entre el 60 y 70% de habitantes con un algún grado de sobrepeso y diabetes Mellitus tipo 2 con una marcada presencia en las mujeres (Secretaría de Salud del estado de Tabasco, 2009).

2.3 Procedimiento para el análisis

Con base en las recomendaciones teóricas establecidas en la propuesta de Miles y Huberman (1994) el procedimiento para el análisis cualitativo de los datos incluyó: transcripción de entrevistas audio grabadas, utilización de matriz analítica y codificación, relectura para reconocer estructura textual y primer nivel de análisis, categorización analítica de acuerdo con conceptos teóricos, categorías de investigación y temáticas de los textos, segmentación y codificación (extracción de fragmentos: párrafos, oraciones, frases o palabras, considerados como significativos y que constituyen las unidades de sentido o unidades de análisis).

⁹ De acuerdo con la NOM-174 Se considera talla baja en la mujer adulta, cuando su estatura es menor de 1.50 metros y para el hombre, menor de 1.60 metros. La interpretación del IMC en esta NOM, difiere del propuesto por la OMS, ya que se ajustó para la población mexicana

3. RESULTADOS

3.1 Caracterización de las y los informantes

La tabla uno establece el perfil sociodemográfico de las personas que participaron en esta investigación, así como la relación que tiene su autopercepción corporal con el índice de masa corporal (IMC) que presentan.

En los datos de la tabla 1 se destacan el tamaño del cuerpo al que se adscriben los participantes y que generalmente contrasta con el IMC. De las siete mujeres que se adscribieron al cuerpo “normal”, sólo una cae en ese rango de acuerdo al IMC, de las seis restantes, tres presentan obesidad y tres más, bajo peso. En el caso de los hombres, tres se perciben con cuerpo “normal”, y de acuerdo con el IMC, los tres se ubican con obesidad. Las dos mujeres que se perciben como gordas, y el único hombre que se adscribió al cuerpo obeso concordaron con su IMC; finalmente tanto el hombre como la mujer que mencionaron tener un cuerpo delgado, coincidieron con la medida del IMC. En síntesis, de los 15 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, de estos destacan los nueve (cinco mujeres y cuatro hombres) que el IMC ubica en el intervalo de obesidad.

La adscripción al cuerpo “normal” aparece mencionada igual entre hombres y mujeres. Esto se puede interpretar como una norma en la comunidad.

Resulta interesante analizar el discurso de nuestros informantes por condición de estado civil. Destaca la creencia, entre las mujeres unidas de que, una vez que la mujer se casa y tiene hijos, es “normal” que engorde.

“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 bebe, es el cambio.-Entre más hijos tengan, más gorditas se ponen. Así es, pero si tienen uno, se quedan normales” (Mujer, casada, 35 años, cinco hijos, obesa).

Por su parte, entre las adolescentes el cuerpo “normal” hace referencia a lo que ellas ven con sus compañeras (os) de escuela o de la propia comunidad. Respecto al sobrepeso el discurso de las personas de este grupo de edad se encamina a nombrar una “gordura normal” y otra que no lo es. La primera, dicen, “es la que más abunda en la localidad y la segunda casi no existe aquí”. Cuando profundizamos en estas definiciones, nos encontramos con que, lo que llaman “gordura normal” es el sobrepeso y la obesidad que no limita sus actividades, que es aceptable para los miembros de la comunidad. Algunos han visto programas en la televisión donde se muestran personas con obesidad mórbida, postrados en cama. Para las y los jóvenes “esa si 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, 18 años, estudiante, delgada).

A diferencia de los discursos anteriores, entre los adultos y adultos mayores la gordura representa un signo de bienestar y no de enfermedad, como lo proclama el discurso médico. La gordura es considerada como una herencia inevitable de los padres:

“¿Qué es para usted estar gordo?- Una persona gorda pos no lo considero como una 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, 63 años, obeso, 12 hijos).

Los testimonios anteriores muestran, que la experiencia cotidiana con el cuerpo gordo (obeso) en esta comunidad es atribuida a la herencia familiar, y que siendo transmitida de los padres a los hijos no hay que darle más importancia pues es parte de la vida familiar y comunitaria. Podemos interpretar en estas palabras que la percepción de enfermedad que subyace es la de una condición de malestar o incomodidad, mientras que la gordura, que la biomedicina llama obesidad y considera enfermedad, no se acerca a esas características. En consecuencia, la promoción de la salud encaminada a controlar el aumento de peso encuentran severas restricciones cuando las normas culturales prevalecientes señalan lo contrario y que las estrategias educativas en salud encuentran serias limitaciones para alcanzar sus metas debido a los significados que tiene la población acerca del cuerpo obeso.

3.2 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 de los hombres se espera 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 por el hecho de que no se ajuste 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 pozol¹⁰... 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

¹⁰ El pozol es una bebida ancestral del pueblo chontal, elaborada a base de maíz cocido y molido y cacao, aunque se puede elaborar también sólo de maíz. Se consume fresco o fermentado, constituye un importante alimento de la dieta tradicional de los pueblos mesoamericanos desde antes de la conquista española. Como cita Ruz: “Tenían por costumbre, 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” (Ruz, 2001 p. 67).

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, empleada 36 años, delgada).

Las desigualdades de género pueden repercutir en el estado de salud y sus determinantes, en el acceso a la atención apropiada y aún en la participación en la producción de la salud (Gómez, 2008). De aquí que sea necesario analizar por qué las mujeres muestran un cuerpo con más obesidad y obesidad central que los varones y, más aún, la preocupación manifestada por ellas de tener “panza”¹¹. Una de las implicaciones para la salud de la acumulación de grasa abdominal es la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial, (Aguilar, 2007) ambos padecimientos más presentes entre las mujeres que entre los hombres de esta comunidad. Así, en el control de personas con diabetes mellitus del centro de salud local, encontramos 38 mujeres en control y sólo cuatro hombres.¹² (Sistema de información en salud, secretaria de salud del estado de Tabasco 2009).

Por otro lado se sabe que el estrés es un factor que tiene alguna responsabilidad en la acumulación de grasa abdominal (McEwen, 1998). Esto no es un conocimiento nuevo, lo novedoso tiene que ver con la comprensión de las situaciones estresantes que enfrentan estas mujeres y cómo las enfrentan. Al respecto, cabe decir que las desigualdades de género prevalecientes en la cultura chontal permean estas condiciones estresantes y hacen que hombres y mujeres enfrenten diferentes tipos de estrés con habilidades diferentes.

Durante las entrevistas las mujeres señalaron: “cuando una persona está sana, está contenta, no le duele nada y no la asusta el borracho” (Mujer, casada, 70 años, sobrepeso) pero también 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 (Hernández y Arias, 2008) que llegan a sus casas a agredir a sus compañeras, quienes se “asustan” por esta situación. Todo ello produce situaciones de estrés en la vida cotidiana de las mujeres que, junto con la pobreza y el confinamiento al trabajo doméstico, inducen lo que se conoce como carga alostática¹³.

Lo anterior no significa que los hombres no enfrenten situaciones de estrés, por el contrario, el papel que las normas hegemónicas¹⁴ de género les imponen, como el ser proveedores incrementan las tensiones cuando carecen de empleo o de obtención del alimento en los cada vez más escasos recursos naturales de la región. Sin embargo, la diferencia con las mujeres reside en que a los varones se les permite ampliar sus espacios destinados para el esparcimiento y ejercicio, a lo que están negadas para las mujeres de la misma etnia.

¹¹ Se refiere a la obesidad abdominal que en las mujeres se manifiesta por una medida de la circunferencia de la cintura mayor de 88 cm. Para los hombres la obesidad central se observa con una medida mayor a 102.

¹² Según datos del sistema de información en salud de la secretaria de salud del gobierno de Tabasco, en el corredor de pueblos indígenas por cada hombre que se diagnostica con DM 2 se detectan 2.28 mujeres. mientras que por cada 2.44 mujeres diagnosticadas con HTA se detecta 1 hombre. En la comunidad estudiada todos asisten al centro de salud, como requisito para seguir en el programa social Oportunidades, si bien es cierto que quienes más asisten son las mujeres, un día en el mes debe asistir toda la familia, quien no lo hace es dado de baja del programa.

¹³ La alostásis es la extensión del concepto de homeostasis y representa el proceso de adaptación del sistema fisiológico complejo a desafíos físicos, psicosociales y ambientales o de estrés. La carga alostática es el resultado de la adaptación (o no) a la alostásis a largo plazo, lo que resulta en la patología y en las enfermedades crónicas (Logan JG, Barksdale DJ.; 2008).

¹⁴ Entendemos como normas hegemónicas de género el discurso esencialista que asigna a las mujeres y a los hombres una identidad y unos roles dados exclusivamente por su condición de hombre o mujer, basado en lo biológico.

- ¿Practica algún deporte?
- “No”
- ¿Por qué?
- “Porqué las mujeres no podemos salir. Cuando estamos casadas ya no”.
- ¿Entonces cuando están solteras si?
- “No, Tampoco”
- ¿Usted le tiene que pedir permiso a su esposo para salir?
- “Si”
- ¿Y si no le da permiso?
- “No voy, si me da permiso me voy con confianza”
- ¿Y si se va sin pedir permiso que pasa?
- “Si, a veces que tengo que ir a un mandado urgente, pero cuando ya vengo y él está, sí tengo que decirle a adonde fui (Mujer, casada, cinco hijos, 36 años, obesa).

3.3 Desigualdades de género en el acceso a espacios de actividad física, deporte y ejercicio entre hombres y mujeres chontales.

En las entrevistas realizadas, la palabra “ejercicio” no parece tener el mismo significado para hombres y mujeres. Para los hombres la palabra ejercicio les significa el deporte como el futbol, salir a la calle o ir al campo deportivo que hay en la comunidad, mientras que para las mujeres la misma 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, 68 años, casada, padece diabetes mellitus).

Este discurso que relaciona al ejercicio físico con la actividad física que supone el trabajo doméstico, fue una constante entre las mujeres, aún entre las más jóvenes. La interpretación que entraña esta alocución podría ser que, la única forma de ejercitar el cuerpo de las mujeres es el trabajo doméstico. Por otro lado, se indaga sobre las actividades que realizan en su tiempo libre, destacando el tejido de guano, que suponemos 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 a veces,... 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, 34 años, casada, obesa, 3 hijos)

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, 70 años casada, sobrepeso)

El discurso de las mujeres adultas entrevistadas respecto al ejercicio físico, apunta hacia un cambio generacional respecto a la mayor posibilidad actual de las mujeres y las niñas para 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 las niñas se les pregunta por qué no juegan responden que “porqué no son niños y sólo ellos juegan”. Lo anterior muestra que, aunque algunas madres consideren que las cosas han cambiado desde el tiempo de su niñez, las normas hegemónicas de género siguen 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, 36 años, casada, 3 hijos, afanadora).

Entre los discursos de las mujeres adultas mayores emerge, lo que suponemos es un significado relacionado con el trabajo doméstico: la frase “calentar los huesos”. Lo anterior se refiere a la actividad relacionada con cocer y moler el maíz para preparar tortillas o pozol, actividad por cierto 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 exclusivo de las mujeres.

El confinamiento de las mujeres al trabajo doméstico y la norma cultural de no permitir el acceso de ellas a otras formas de ejercicio, entre otros factores, nos hace comprender que el sobrepeso y la obesidad entre las mujeres tienen relación con las desigualdades de género en el acceso, fuera de sus casas, a las actividades de ejercicio y deporte.

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 del esposo en ellas debido a los celos. A este fenómeno las mujeres le llaman “echarse a andar” y tiene que ver con el hecho de que algunas mujeres han aprovechado la oportunidad que tienen 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 la más problemática. Cuando esto sucede se genera una situación de violencia de género que luego es puesta de ejemplo para que otras mujeres entiendan lo que sucede cuando “se echan a andar”, tal como se observa en el siguiente testimonio:

“La gente pues te ve, como 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 mas. ¡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, por qué les dan confianza y ellas les hacen perder la confianza (mujer, 36 años, madre de tres niños, afanadora).

Aunque aquí se hace alusión al hecho de la infidelidad, por generalización ese fenómeno de control se extiende hacia cualquier actividad que las mujeres realizan fuera de sus casas, lo que a su vez tiene relación con la norma cultural de que ellas deban permanecer en sus casas y no andar en la calle. En consecuencia la calle, el campo de fútbol, la práctica de ejercicio y cualquier actividad que se relacione con el cuidado del cuerpo o distracción, están limitadas para las mujeres de este grupo indígena.

Resalta pues que el ejercicio y el deporte son prácticas socialmente construidas que se practicarán por mujeres y hombres sólo si ambos crecen en un ambiente donde puedan tener acceso a ellos sin restricciones por género. De esta manera, en la comunidad en estudio, la práctica de estas actividades por parte de las niñas queda confinada sólo a los espacios escolares formales, la clase de educación física, 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 que 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, 19 años, estudiante, soltero).

Si bien la comunidad cuenta con áreas recreativas y para el deporte, las mujeres adultas jóvenes comentan que aún recibiendo los mensajes de que realizar algún tipo de ejercicio trae beneficios para la salud, el acceso no ha sido para ellas.

“Las mujeres no salen a jugar, porque a lo mejor no estamos... no sé. Nosotros pensamos que la pelota es para el hombre. Según nosotros... Ya llevamos 3 años aquí (centro de salud) y dicen que el deporte es bueno para la mujer y para el hombre, pero nosotros no estamos abiertos, estamos como los antiguos, estamos cerrados, y nos falta asesoría... que alguien nos venga abrir los ojos... porque estamos cerrados (mujer, 34 años, casada, madre de tres hijos, afanadora).

Este testimonio nos acerca a la comprensión del peso que la cultura tiene en el mantenimiento de las desigualdades de género, pero también abre una luz para la acción del personal de salud dirigida a la promoción de la salud.

3.4 Cambios en los patrones de alimentación

Un aspecto relacionado con el aumento del sobrepeso y la obesidad en la población indígena chontal es el que se refiere a los cambios en los patrones de consumo de alimentos. En este sentido los informantes invariablemente manifestaron que han venido cambiando, tanto el tipo de alimentos que consumen como la forma de prepararlos. Por ejemplo las personas adultas mayores señalaron que antes, se comía más pescado, tortuga y pejelargato, así como aves de corral llamadas “criollos” (alimentados sólo con maíz), en contraposición a las aves de granja (alimento con hormonas y vacunas) que se venden hoy en la comunidad, así como el consumo de pozol y agua de frutas y no de refresco embotellado.

¿Qué se comía cuando usted era niño?

Comíamos pescado, casi no compramos gallina de granja, ni el puerco que viene de granja tampoco, no conocemos en ese tiempo, lo que conocemos es el pescado, mojarra, robalo, pejelagarto, hicotéa, mojina, (variedades de tortugas) y de ahí pos cuando nos aburrimos, agarra mi mamá los animales, lo que es de rancho pues, con eso nos pasábamos el día. (Hombre, 57 años, casado, obeso, ocho hijos).

También se hace referencia a que si bien antes no tenían trabajo, la comida no les faltaba, era sólo cuestión de ir al río o las lagunas y obtenían lo necesario para que toda la familia se alimentara. Respecto a la forma de cocinar los alimentos, mencionaron que se consumían más hervidos (sancochado) que fritos, o cocidos al vapor (en poshcagua). En la actualidad las formas de cocinar han cambiado, consumiendo más los alimentos fritos.

Antes, pues en mi generación, se comía puro pescado en caldo, y casi no se comía frito, puro poshcagua, envuelto en hoja de toh, se echa el pescado, hoja de momo, cebolla, ajo, porque antes no había tomate, y eso lo echamos al fuego, porque antes no había estufa, puro fuego, y si ya no quieres comer así, entonces sancochado con hoja de toh. Pero orita la mayoría come puro frito, ya como hay aceite, pos ya puro frito. (Mujer, 36 años, tres hijos, delgada, afanadora)

Por otro lado, las y los jóvenes y adolescentes consideran que si ha cambiado el consumo de alimentos y que tiene que ver con la estrategia de desayunos escolares durante los años de preescolar, escolar y que aunque en la escuela secundaria ya no hay desayunos, el consumo de botanas y refrescos continua hasta el bachillerato

¿Crees que se han introducido alimentos que antes no se comían?

-Uyy sí, el espagueti, empanadas, tamalitos, sopas instantáneas, arroz y la coca cola, me gusta porque tiene buen sabor, es el único que tomamos.

-¿Cómo llegó el espagueti aquí?

-Yo creo que fue cuando había los desayunos escolares, allí les empezaron a dar y ya luego en la prepa compran, pura sabrita, galleta, chicharrón, platanito, todo ese tipo de comida, salchicha endiablada, empanada, espagueti, ensalada de pollo, nada más. (Mujer 18 años, soltera, delgada).

Las y los informantes también mencionaron que la introducción de alimentos diferentes a su dieta tradicional, tuvo que ver, entre otras cosas, con la ayuda recibida durante las inundaciones, en las despensas que contenían sopas instantáneas y comida enlatada. Otros factores que mencionan son la migración cotidiana a los centros urbanos, donde trabajan, principalmente los hombres y traen alimentos que allá compran; así como la construcción de la carretera que comunica a esta comunidad con la cabecera municipal que facilita el transporte de mercancías.

¿Y en la comida ha habido cambios?

Sí, porque antes no conocías jamón, no conocías salchicha, cuando empezaron a trabajar en Villahermosa los señores, de allá lo traían, pues lo vieron los chamacos y empezaron a

comer, y ya allí hubo un cambio, y ese es el problema; orita ves los niños la mayoría son gorditos, los chiquitos porque comen mucho sabritas, comen mucho golosina, antes no había donde comprar, orita en cualquier esquina hay tienditas, ¿y qué compran los chamacos?, refresco, galletas, dulce, hasta en las escuelas. Y ese es el cambio también. (Mujer, 55 años, casada, tres hijos).

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los organismos internacionales como la OMS y la OPS, han señalado a la obesidad como una epidemia de alcance mundial, como enfermedad grave y como factor de riesgo para contraer otras. Sin embargo, muchas veces se han dejado de lado aquellas perspectivas que tienen las personas acerca del tamaño del cuerpo y su estudio es relativamente escaso entre las poblaciones indígenas de México.

Un primer resultado que emerge de este análisis se refiere a que los informantes, no comparten esta forma de concebir a la “gordura”, como ellos llaman al cuerpo con sobrepeso, por el contrario, se afirma en los testimonios que le atribuyen un herencia familiar, y que ser gordo o gorda es reflejo de buena salud y de bienestar y de ser o estar feliz y contento.

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 aparición de la asociación entre cuerpo delgado y salud se dio a principios del siglo XX, a través de las compañías de seguros quienes alentaron la idea de que, la gordura o el sobrepeso representaban un signo de enfermedad (Contreras, 2005). Sin embargo esta lógica no permea entre las poblaciones indígenas tradicionalmente subalimentadas y preocupadas por la alimentación, quienes aún ven a la delgadez como signo de enfermedad y de un cuerpo débil incapaz de enfrentar los embates del medio ambiente como lo muestran las narrativas de nuestros informantes.

El significado del cuerpo gordo como sinónimo de estar bien, también fue reportado por Castro (1995) en su investigación con una población rural de Morelos, México, donde sus informantes percibían a la salud en términos positivos, básicamente como estar gordo y contento. Coincidimos con lo expresado por Castro (2000), cuando señala que las personas viviendo en condiciones de pobreza y rezago social, como es el caso de las y los indígenas en este estudio, perciben al cuerpo gordo como signo de bienestar.

Como consecuencia de esta percepción se observó la tendencia a subvalorar el tamaño del cuerpo que hacen tanto hombres como mujeres sin diferencias por edad, este resultado es compatible con el obtenido por Cunningham, et al. (2008) quienes reportan que la subvaloración del tamaño del cuerpo fue común entre indígenas, siendo los hombres y en particular aquellos con diabetes, quienes probablemente subestimaban más el tamaño de su cuerpo.

Otro hallazgo es la creencia entre las mujeres adultas que, una vez que se casan es “normal que engorden”, relacionado este aumento de peso con la cantidad de hijos que se tenga, es decir a mayor número de hijos o embarazos, mas aumento de peso. En este sentido, la investigación de Vallengia et. al (2010), reporta que entre mujeres 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 altas tasas de sobrepeso y obesidad se encontraron entre las mujeres indígenas de su estudio.

Por otro lado, las mujeres participantes en nuestro estudio consideraron que el “susto¹⁵” que les provoca la violencia a consecuencia del alcoholismo de sus parejas, es la responsable de que enfermen de diabetes mellitus, y como efecto de ésta, empiecen a perder peso. En esta lógica, la pérdida de peso es vista como signo de enfermedad, lo que a su vez refuerza la representación del cuerpo con sobrepeso como bueno y saludable, y a la pérdida de peso como no deseable. Esto también puede comprenderse en el contexto de lo que significa el cuerpo de las mujeres en algunas culturas, como lo señalan Ulijaszek, y Lofink, (2006), los cuerpos más grandes de las mujeres son vistos como más atractivos e indican condiciones tales como salud, fertilidad, belleza, riqueza y poder.

Por otro lado, la construcción social de los roles masculino y femenino de esta etnia, ubica a las mujeres en la casa y a cargo del trabajo doméstico, y la crianza de los hijos. Los hombres por el contrario, son ubicados como proveedores y son los que 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 (los campos de futbol, las canchas de basquetbol y volibol). A ellos acceden sólo los hombres, mientras que las niñas, las adolescentes y aún las mujeres adultas, realizan actividades como tejer guano, visitar a sus familiares o ver televisión. De aquí que interpretemos estos hallazgos como que las mujeres de esta etnia enfrentan restricciones para la libertad de movimientos, que sean responsabilizadas del trabajo doméstico y de la generación de capacidades humanas, por ser quienes atienden la crianza, alimentación, educación y salud de los hijos y de la familia. En consecuencia se considera que estos datos apoyan la observación de que las mujeres de esta etnia enfrentan desigualdades sociales y de género. Estos resultados coinciden con los reportados por Pérez y Vázquez, (2009) en su estudio sobre familia, trabajo doméstico y libertad de movimiento en mujeres chontales de Nacajuca, donde encontraron que tanto la libertad de movimiento de las mujeres como 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 que enfrentan las mujeres de esta etnia.

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 lo señalan los discursos de las personas adultas mayores, ésta era a base de pescado o aves criadas en los patios, no se consumían alimentos ni bebidas procesadas, y carne de aves de granja o de engorda. Consideramos que son varios los aspectos que se han reunido para este cambio en la composición 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

¹⁵ 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. (Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana, 2009)

acceso a alimentos procesados dentro y fuera de su comunidad, la estrategia de desarrollo social de otorgar desayunos escolares así como la ayuda externa durante las constantes inundaciones.

En lo que respecta el agotamiento de los recursos naturales, anterior fuente de alimentos, creemos que se relaciona, tanto con el aumento de población de los centros urbanos, como por la contaminación en los cuerpos de agua provocada por la industria petrolera. Asimismo se observa que es factible pensar que, paralelo a estos cambios dietarios también se de la aparición de un incremento en el tamaño del peso del cuerpo, más visible entre las mujeres como lo han documentado Rivera, et al. (2004)

La evidencia en este sentido apunta a un rápido proceso conocido como transición nutricional, que se caracteriza por un cambio que va de alta prevalencia de desnutrición al predominio de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta y que se vinculan con la urbanización, crecimiento económico, e innovaciones que llevan a reducir la actividad física y al aumento del consumo de alimentos procesados altos en energía densa (Rivera, et al. 2004, Uauy, et al. 2001). En este sentido hace falta más investigación acerca del proceso de transformación de la dieta tradicional de los chontales y su repercusión en la salud, que actualmente manifiesta una tendencia a incrementar las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus 2 y la hipertensión arterial.

Si bien se reconoce que el peso de la enfermedad entre los pueblos indígenas es mucho mayor que entre la población en general, particularmente con respecto a enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición (Wang y Hoy, 2002), falta más investigación para cada una de las condiciones crónico degenerativas entre los indígenas que habitan en el estado de Tabasco desde la perspectiva de género, considerando las fuerzas sociales y económicas que están influyendo en el incremento de las tasas de sobrepeso, obesidad y de diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Además consideramos que es necesario que a las estrategias implementadas por el sector salud se incorporen las propuestas de la sociología médica y de la salud y por supuesto la perspectiva de género, como condición para lograr potenciar las capacidades de las mujeres para mejorar su salud, así como incorporar a los varones a grupos de sensibilización sobre masculinidades alternativas, con pleno respeto a su cultura, a fin de contribuir a lograr uno de los derechos humanos fundamentales: el derecho a la salud.

Acerca de las limitaciones de este estudio podemos señalar que, si bien las narrativas de quince informantes pueden parecer pocas, si se parte de que más es mejor, en los estudios cualitativos no se busca generalizar los resultados, sino por el contrario, reconocer que es en la riqueza de los discursos de los informantes donde radica su valor científico, y que en consecuencia los hallazgos no pueden generalizarse a otros grupos indígenas de México. Por otra parte, como en cualquier estudio cualitativo, el análisis realizado es reflejo de la interpretación que las y los autores hicieron de las complejas narrativas de las personas que participaron. En consecuencia, otros profesionales, con diferentes enfoques, disciplinares, filosóficos o teóricos pueden interpretar los datos de forma diferente. Por último los estudios cualitativos pueden dejar más preguntas que las respuestas que intentan resolver al inicio de la investigación, sin embargo consideramos que la investigación cualitativa en esta temática del sobrepeso y obesidad con perspectiva de género puede contribuir a incrementar nuestra comprensión de la complejidad la misma.

5. REFERENCIAS

- Aguilar, S. C. (2007) Adiposidad abdominal como factor de riesgo para enfermedades crónicas. *Salud Pública de México*. 49, número especial 311-316.
- Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana. Consulta del 22 de septiembre de : <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx>
- Boissonnet, C., Schargrodsky, H., Pellegrini, F., Macchia, A. Marcet-Champagne, B. Wilson, E., Tognoni G. (2011). Educational inequalities in obesity, abdominal obesity, and metabolic syndrome in seven Latin American cities: the CARMELA Study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 18 (4). 550-556
- Bourdieu, P. (2010). *La dominación masculina*. Barcelona, Anagrama. Colección Argumentos.
- Branbilla, P., Pozzobon, G., & Pietrobelli, A. (2011) Physical activity as the main therapeutic tool for metabolic syndrome in childhood. *International Journal Obesity*, 35, 16-28
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100 (2), 126–131.
- Castro, R. (1995). The subjective experience of health and illness in Ocuituco: A case study. *Social Science & Medicine*, 41 (7), 1005-1021
- Castro, R. (1996). Supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En: Szasz, I. y Lerner, S. *Para comprender la subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México D.F. El Colegio de México.
- Castro, R. (2000) *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca, México. UNAM. Centro regional de investigaciones multidisciplinarias
- Chant, S. (2007) *Introducción: Género en un continente que está cambiando*. En: Chant, S. y Craske, N. *Género en Latinoamérica*. México D.F. Publicaciones de la casa Chata. CIESAS .
- Consejo Nacional de Población. (2005). *Población total, indicadores socioeconómicos, índice y grado de marginación por localidad*. México, DF.
- Contreras, H. J. (2005). La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Zainack Cuadernos de antropología etnográfica* 27: 31-52

- Cunningham, J., O`Dea, K., Dumbar, T., Maple-Brown. (2008) Perceived weight versus Body Mass Index among urban Aboriginal Australians: do perceptions and measurements match? Australian and New Zealand Journal Public Health 32(2):135-138.
- Enciclopedia de los Municipios de México. Tabasco. (2005): Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, Gobierno del Estado de Tabasco. Consultado 4 mayo 2011 de <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/tabasco/medi.htm>
- García, B. y De Oliveira, O. (1994). Trabajo femenino y vida familiar en México, México, DF: El Colegio de México.
- García, B. y De Oliveira, O. (2006). Las familias en el México Metropolitano: visiones femeninas y masculinas, México, DF: CEDUA-El Colegio de México.
- Gil- Romo, S. E. y Coria, D. S..(2007) Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. Salud pública México 49 (6), 445-453
- Gómez, G. E. (2008). La valoración del trabajo no remunerado: una estrategia clave para la política de igualdad de género. En: OPS. (2008). La economía invisible y las desigualdades de género: La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado, Washington, D.C
- Hall, G. y H. A. Patrinos. (2006). Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina. Colombia, Banco Mundial en coedición con Mayol Ediciones S.
- Hernández, S. M C. y Arias, R. J M. (2008) El instituto estatal de las mujeres en comunidades indígenas de Tabasco. Villahermosa
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2007). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Tabasco [ENSANUTEF]. Cuernavaca, México
- Lamas, M. [(1996) 1997] El Género: la Construcción Social de la Diferencia Sexual. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de estudios de Género.
- Lerner, G. (1986). The creation of patriarchy. New York, Oxford University Press.
- Logan, J. G. & Barksdale, D. J. (2008). Allostasis and allostatic load: Expanding the discourse on stress and cardiovascular disease. Journal of Clinic Nursing, 17, 201-208
- Madoo, L. P. y Niebrugge, B. J. (2002). Teoría Feminista Contemporánea. En: Ritzer G. Teoría Sociológica Moderna. México, DF: McGraw-Hill/interamericana.
- Maldonado, M. V. (2003). Desarrollo y desigualdades de género en México: un estudio por entidad federativa. Notas: revista de información y análisis (22), 47-54 Consulta enero, 2011, de: <http://www>

.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/especiales/notas/notas22.pdf

- Martínez, A. C. (2006) Breve historia de Tabasco. México D.F., FCE, El Colegio de México.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy Sciences*. (840), 33-44
- Miles, B. M., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. California, Sage publication.
- Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. Secretaria de Salud Federal.
- Olson, M. C., Strawderman, S. M., & Dennison, A. B. (2009). Maternal weight gain during pregnancy and child weight at age 3 years. *Maternal and Child Health Journal*, (13), 839–846.
- Peña, M. y Bacallao, J. L (2000) *Obesidad en la Pobreza: un nuevo reto para la Salud Publica*. OMS/OPS Publicación Científica 576.
- Pérez, V. M. A. y Vázquez, G. V. (2009) Familia y empoderamiento femenino: ingresos, trabajo doméstico y libertad de movimiento de mujeres chontales de Nacajuca, Tabasco. *Convergencia, Revista de Ciencias Sociales*, (50), 2009: 187-218
- Rivas, M. 1998. Valores, creencias y significados de la sexualidad femenina, una reflexión indispensable para la comprensión de las prácticas sexuales, en: Szaz, I. y S. Lerner, sexualidades en México algunas aproximaciones desde las ciencias sociales. El Colegio de México
- Rivera, J. A., Barquera, S., González-Cossío, T., Oláiz, G. & Sepúlveda, J. (2004) Nutrition Transition in México and in Other Latin American Countries. *Nutrition Reviews*, 62(7), 149-157
- Rohlf, I. (2003). Género y salud: diferencias y desigualdades. *Quark*; (27): 46-58. Consulta marzo 2011, de: <http://quark.prbb.org/27/default.htm>
- Ruz, M. H. (2001). *Tabasco histórico: Memoria Vegetal*. Villahermosa, Gobierno del Estado de Tabasco
- San Sebastian, M., y Karin, H. A. (2007). Review of health research on indigenous populations in Latin America, 1995-2004. *Salud Pública de México* 49 (4) 316-320
- Secretaría de Desarrollo Social. (2007). México, DF, Gobierno Federal.
- Secretaría de salud del Estado de Tabasco. Sistema de información en salud 209

- Szasz, Ivonne. 1999 Género y salud: propuestas para el análisis de una relación compleja. En: Bronfman, Mario y Castro, Roberto (Comp.) (1999) Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina. Instituto Nacional de Salud Pública. México D.F. Endamex.
- Tudela, F. (1989). La modernización forzada del trópico: El caso de Tabasco, proyecto integrado del Golfo. México D.F., El Colegio de México
- Uauy R., Albala C. y Kain J. (2001) Obesity Trends in Latin America: Transiting from Under- to Overweight. *The Journal Nutrition*. 131(3),8935-8995
- Ulijaszek, J. S. y Lofink, H. (2006) Obesity in Biocultural Perspective. *Annual Review of Anthropology*. 2006. (35):337-60
- Valeggia, C. R., Burke, K. M., Fernandez, D. E. (2010) Nutritional status and socioeconomic change among Toba and Wichí populations of the Argentinean Chaco *Economics and Human Biology* 8 (2010) 100-110
- Velasco, A. S. (2009). Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid, Ediciones Minerva
- Wang, Z. & Hoy, W. (2002) Body mass index and mortality in Aboriginal Australians in the Northern Territory. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*; 26(4): 305-310
- Warin, M., Turner, K., Moore, V., & Davies, M. (2008). Bodies, mothers and identities: Rethinking obesity and the BMI. *Sociology of Health & Illness* 30(1), 97-111
- World Health Organization. (2000) Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. WHO Technical Report Series No. 894. Geneva

AGRADECIMIENTOS

Las y los autores desean expresar su agradecimiento a los hombres y mujeres indígenas chontales que generosamente nos permitieron entrar en sus vidas y conocer más de su cultura.

Tabla 1: Perfil sociodemográfico y relación auto percepción corporal/índice de masa corporal (IMC)

	Mujeres	Hombres
Sexo	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		
Casados y unidos	7	3
Solteros	3	2
Ocupación		
Trabajo doméstico	5	0
Artesano	0	2
empleado	2	0
desempleado	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 datos de las entrevistas.