

GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS

Volumen 7 • No. 1

Enero - Abril 2009



**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD

Presentación

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Incorporación de la perspectiva de género en programas prioritarios de salud: el caso del Programa de Prevención y Control de Diabetes Mellitus en México

Aurora del Río Zolezzi

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Cecilia Robledo Vera

Irma Blas Rodríguez

La epidemia de obesidad y las mujeres

Deyanira González de León, Miriam Bertran,

Addis Abeba Salinas, Pilar Torre,

Fernando Mora, Sara Elena Pérez-Gil

Para Compartir Mujeres y Adicciones: un enfoque de género

Norma Angélica Gómez Ríos

Comentarios: Tania Peña y Edna Cortés

Para Descifrar

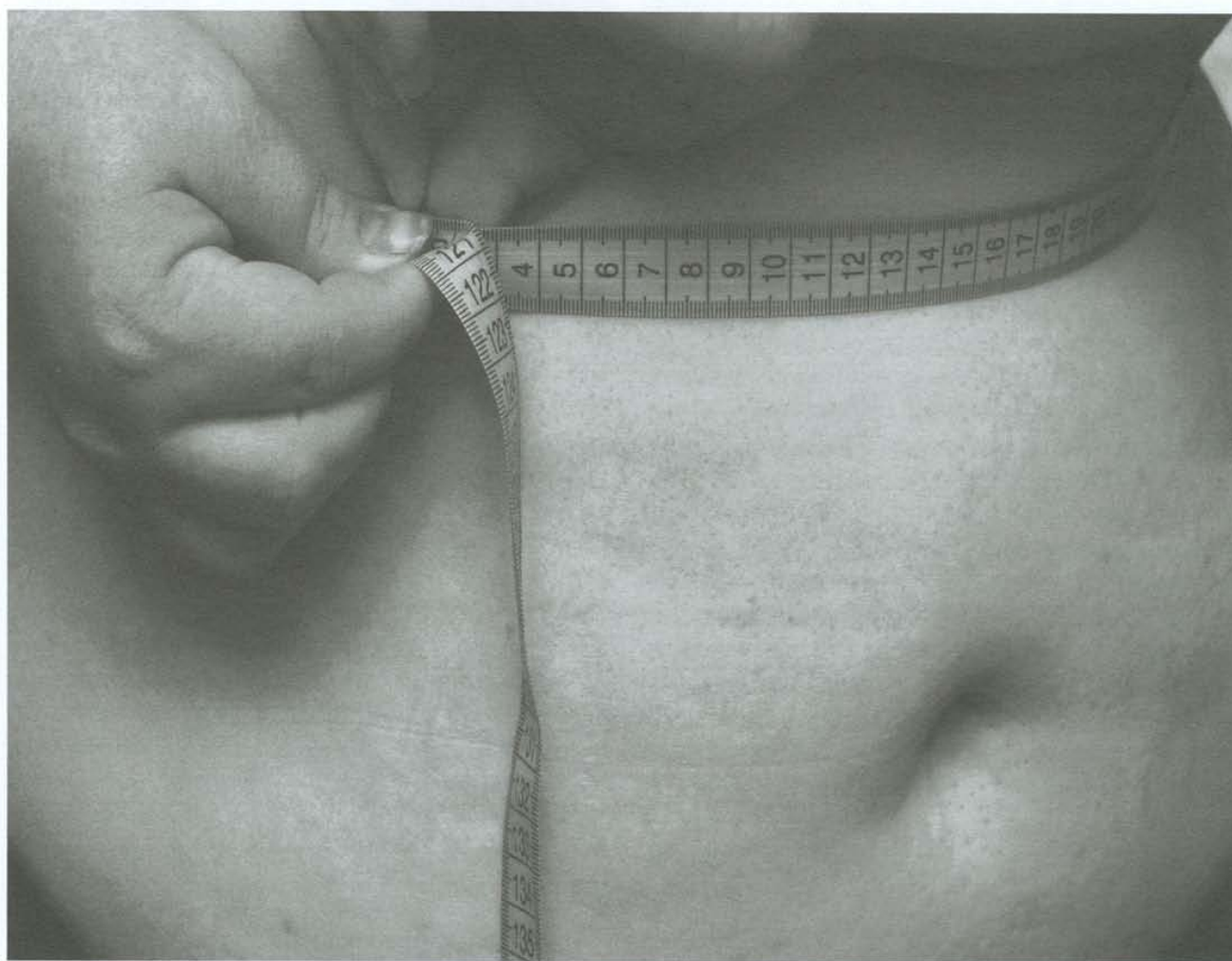
NotiGénero



Vivir Mejor

La epidemia de obesidad y las mujeres

**Deyanira González de León, Miriam Bertran,
Addis Abeba Salinas, Pilar Torre,
Fernando Moraⁱ, Sara Elena Pérez-Gilⁱⁱ**



ⁱ Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México D.F.

ⁱⁱ Departamento de Estudios Experimentales y Rurales, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México D.F.

INTRODUCCIÓN

Este artículo aborda la epidemia de obesidad en las mujeresⁱⁱⁱ. México es uno de los países con mayor prevalencia de obesidad en el mundo, con cifras que han aumentado en todos los grupos de edad pero que son particularmente elevadas entre la población adulta femenina. El artículo se apoya en información de encuestas realizadas en el país y en una revisión de bibliografía producida a nivel nacional e internacional.

Las marcadas diferencias por sexo en la prevalencia de obesidad registradas para las poblaciones adultas de contextos como el de México y otros países en desarrollo se asocian fundamentalmente con variables de carácter socioeconómico y cultural. Se trata, por lo tanto, de un problema complejo cuya comprensión implica considerar las condiciones particulares del contexto en el que ocurren estas diferencias.

Las mujeres han sido el centro de atención de muchas investigaciones sobre nutrición y alimentación realizadas en el país; sin embargo, la mayoría de los estudios se han apoyado en el enfoque de la salud materno-infantil que da prioridad al rol materno de las mujeres y a su papel en la reproducción. Frente a esta limitación se ha planteado la necesidad de incorporar enfoques y categorías analíticas de las ciencias sociales en la investigación sobre nutrición y alimentación. En esta dirección se ha insistido en la integración del enfoque de género a los estudios de este campo, con el propósito de construir una perspectiva teórico-metodológica que problematice y explore con detalle los diversos elementos –socioeconómicos, culturales y psicológicos– que influyen en el estado nutricional tanto de las mujeres como de los hombres. Distintas encuestas sobre salud y nutrición han incorporado a los hombres como objeto de estudio y la existencia de bases de datos desagregados por sexo implica el desafío de buscar e interpretar lo que hay atrás de las estadísticas¹.

Las categorías *sexo* y *género* no son equivalentes y al hablar de *género* no sólo se alude a las mujeres. A diferencia del *sexo*, que es una categoría biológica y demográfica, el *género* se refiere a las formas en que las sociedades visualizan lo femenino y lo masculino y a los mecanismos que favorecen que las diferencias biológicas entre los sexos se conviertan en desigualdades sociales². Por otro lado, el *género* es una *categoría relacional* que alude a las desigualdades de poder entre los ámbitos socialmente definidos como *femeninos* y *masculinos*, las cuales se derivan fundamentalmente de la división sexual del trabajo y ejercen una influencia central en la organización de la vida social³. El enfoque de *género* ofrece la posibilidad de analizar los problemas de salud de las mujeres y los hombres bajo una perspectiva que va más allá de las explicaciones centradas en las diferencias biológicas. El *género*, sin embargo, no es una categoría que por sí misma dé cuenta de las diferencias por sexo que exhiben los perfiles de morbilidad y mortalidad, o de las diferencias en los comportamientos que asumen hombres y mujeres frente a los riesgos para su salud. La desigualdad de *género* es una dimensión específica de la desigualdad social y la capacidad explicativa de la categoría *género* radica en su articulación con variables socioeconómicas y culturales; así, las desigualdades de *género* adquieren expresiones diferentes cuando se vinculan con variables como la clase social, la etnia, la edad o el lugar de residencia^{2,3}.

En este artículo se presentan algunos elementos para explicar la influencia del contexto socioeconómico y cultural en la mayor propensión de las mujeres a la obesidad. Cabe aclarar que si bien este trabajo se centra en las mujeres ello no implica desestimar que la prevalencia de obesidad en los hombres es también altísima. Sin embargo, la obesidad es hoy una condición más frecuente y más estigmatizada en las mujeres; asimismo, aunque la obesidad afecta a mujeres de todos los niveles sociales la epidemia y sus consecuencias en la salud tienen un impacto mayor entre aquellas cuyos niveles de desventaja social son mayores.

iii De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el sobrepeso y la obesidad resultan de la acumulación excesiva de grasa en el organismo. La obesidad aumenta el riesgo de enfermar y morir por patologías crónicas no transmisibles y se asocia con altos índices de discapacidad funcional y con diversos trastornos psicológicos. El indicador más usado para estimar el sobrepeso y la obesidad es el índice de masa corporal, una medida que asocia el peso y la talla (IMC = peso en kg / talla en m²); al sobrepeso corresponde un IMC > 25 y a la obesidad un IMC > 30 (ver la referencia 4).

LA EPIDEMIA DE OBESIDAD

La obesidad representa una epidemia global que afecta a las poblaciones de países tanto desarrollados como en desarrollo. En 2005 aproximadamente 1,600 millones de personas mayores de 15 años tenían sobrepeso y 400 millones padecían obesidad; entre los niños y las niñas menores de 5 años se calculó que a nivel mundial al menos 20 millones tenían sobrepeso⁴.

En las décadas recientes se ha registrado un acelerado aumento de la obesidad en un número creciente de países en desarrollo⁴⁻⁸. Tal es el caso de muchos países de América Latina y El Caribe (ALC), donde la epidemia se ha asociado con una compleja conjunción de factores: la urbanización, el crecimiento económico y el incremento de la pobreza; el aumento del sedentarismo; la influencia de los medios de comunicación; los cambios en los patrones dietéticos con un mayor consumo de alimentos procesados, baratos y de alta densidad energética; y los rezagos en el campo de la promoción de la salud⁹⁻¹².



Desde el campo de la antropología se ha planteado que los comportamientos sociales en torno a la alimentación y los cambios en los patrones dietéticos están vinculados con valores culturales sobre la imagen corporal y los ideales estéticos, ya que diferentes estudios han observado que en condiciones de escasez alimentaria ganar peso y engordar suele ser lo socialmente adecuado, mientras en condiciones de abundancia la delgadez se convierte en la norma¹³. Por otro lado, se ha observado que las prácticas alimentarias de los grupos humanos se modifican en función de la disponibilidad de alimentos, en tanto las poblaciones que han sufrido privaciones tienden a sobrealimentarse en épocas de mayor acceso a los alimentos¹⁴.

Como en otras regiones del mundo en desarrollo en ALC la obesidad ha dejado de ser una condición que afecta principalmente a los sectores sociales de mayor ingreso; actualmente es un problema cada vez más común entre la población general y que afecta más a las mujeres adultas^{8-12,15-17}. En países de ingreso medio como México la obesidad se ha convertido, al igual que en los países desarrollados, en un indicador de pobreza¹². En 2002 se calculó que entre 50% y 60% de la población adulta de ALC tenía sobrepeso u obesidad, cifra similar a las de Canadá y Estados Unidos, dos de los países más desarrollados del mundo, cuyas proporciones eran de 45% y 65% respectivamente¹¹.

La epidemia de obesidad en los países en desarrollo representa un reto de gran importancia para la salud pública, dada su coexistencia con las deficiencias nutricionales y a su íntima asociación con el aumento de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)^{4-12,15-17}. Las ECNT asociadas con la nutrición -diabetes, cardiopatías, hipertensión, accidentes cerebrovasculares y ciertos tipos de cáncer- han alcanzado también dimensiones epidémicas en ALC y se encuentran hoy entre las principales causas de mortalidad y discapacidad prematuras en la región¹¹.

LA EPIDEMIA EN LAS MUJERES

Un aspecto relevante de la epidemia global de obesidad es su mayor impacto en la población femenina. Distintos autores han documentado que en muchos países en desarrollo la obesidad afecta desproporcionadamente a las mujeres^{5-12,15-18}.

Una investigación pionera sobre la relación entre condiciones socioeconómicas y obesidad, que analizó exhaustivamente los estudios publicados hasta finales de la década de 1980, encontró que en los países en desarrollo la obesidad era común en los estratos sociales altos, particularmente entre las mujeres, y se asociaba con valores culturales ligados a la estética femenina, a la salud y a la opulencia; en la población general –mujeres, hombres, niños y niñas– la obesidad era rara, pero tendía a aumentar a medida que mejoraban los niveles de bienestar y el acceso a los alimentos. En cambio, en los países desarrollados se observó una fuerte asociación inversa entre el nivel socioeconómico y la frecuencia de obesidad en las mujeres; una valoración de la delgadez como ideal estético; la presencia de actitudes de estigmatización hacia la obesidad ampliamente compartidas por las mujeres; y una mayor propensión a la obesidad entre las mujeres de los estratos sociales bajos¹⁹.

La situación descrita cambió radicalmente con el acelerado aumento de los niveles de obesidad alrededor del mundo. Un estudio basado en encuestas nacionales, realizadas en la década de 1990 en 38 países en desarrollo y en los Estados Unidos, concluyó que en países muy pobres –la mayoría de los de África Sub-Sahariana, China y los del Sudeste Asiático– la prevalencia de obesidad era baja y se concentraba mayormente en mujeres urbanas y con niveles educativos altos; en contraste, y con variaciones entre regiones y países, la obesidad era ya un problema ampliamente extendido en las mujeres de distintos sectores sociales en regiones con un mayor nivel de desarrollo económico: ALC, el Medio Oriente, el Norte de África, los países de Europa del Este y los de la

ex Unión Soviética. En Estados Unidos la prevalencia de obesidad era notablemente menor entre las mujeres de mayor nivel socioeconómico y con niveles educativos altos^{8,12}.

Otros autores han observado que en los países con menor desarrollo económico, medido en función del producto interno bruto, el riesgo de obesidad es hasta diez veces más elevado entre las mujeres de mayor nivel socioeconómico. En cambio, en países de ingreso medio –como Turquía, Sudáfrica, Brasil y México– el riesgo es mayor para las mujeres de menor nivel socioeconómico¹⁵.

A partir de estos hallazgos se ha planteado que la carga de obesidad tiende a desplazarse hacia los sectores sociales pobres a medida que aumenta el producto interno bruto y que este desplazamiento ocurre antes en las mujeres que en los hombres. Se ha planteado también que el aumento en la prevalencia de obesidad entre las mujeres pobres de los países en desarrollo se ha convertido en un factor más que profundiza las ya marcadas inequidades en salud generadas por las enfermedades infecciosas, las deficiencias nutricionales y la mortalidad materna y perinatal^{15,16}.

Aunque las posibilidades de comparar la prevalencia de obesidad entre países son limitadas^{iv}, información disponible muestra que, en general, las diferencias en su distribución por sexo son menos marcadas en las regiones desarrolladas. De acuerdo con los datos del cuadro 1, en Canadá la prevalencia de obesidad masculina es de 22.9% y la femenina de 23.2%, con una razón mujeres/hombres de 1, mientras en Sudáfrica las proporciones son de 10.1% en los hombres y de 27.8% en las mujeres, con una razón de 2.8. Una excepción para los países desarrollados es Israel, donde la prevalencia de obesidad masculina es de 19.9% y la femenina de 25.7%, con una razón mujeres/hombres de 1.3 que es prácticamente igual a la de algunos países latinoamericanos –Brasil, Cuba, México y Perú– cuyas razones son de 1.4^v.

iv Las dificultades de comparación se deben a diferencias importantes en las formas de obtención de los datos, en los niveles de representatividad, en los criterios antropométricos utilizados, en los años de aplicación de las encuestas y en los grupos de edad incluidos.

v Datos de la International Obesity Task Force. Global prevalence of adult obesity. London, 2009. Disponible en: www.iotf.org.

CUADRO 1
PREVALENCIA DE OBESIDAD POR SEXO EN PAÍSES SELECCIONADOS

PAÍS	AÑO	GRUPO DE EDAD	HOMBRES (%)	MUJERES (%)	RAZÓN M/H
PAÍSES EN DESARROLLO					
<i>Argelia</i>	2003	25+	8.8	21.4	2.4
<i>Brasil</i>	2003	20+	8.9	13.1	1.4
<i>Cuba</i>	1998	20-64	7.1	10.2	1.4
<i>Irán</i>	2005	15-64	9.1	19.2	2.1
<i>Jamaica</i>	1999	15+	7.6	23.9	3.1
<i>Marruecos</i>	2000	20+	8.2	21.7	2.6
<i>México</i>	2006	20+	24.2	34.5	1.4
<i>Perú</i>	1998 - 2000	18-60	16.0	23.0	1.4
<i>Sudáfrica</i>	1998	15+	10.1	27.9	2.8
<i>Zimbabwe</i>	2005	25+	3.9	19.4	4.9
PAÍSES DESARROLLADOS					
<i>Alemania</i>	2005 - 2007	20-79	21.0	21.4	1.0
<i>Australia</i>	2000	25+	19.3	22.2	1.1
<i>Bélgica</i>	2004	15+	11.9	13.4	1.1
<i>Canadá</i>	2004	18+	22.9	23.2	1.0
<i>España</i>	1990 - 2000	25-60	13.4	15.8	1.2
<i>Estados Unidos</i>	2003 - 2004	20+	31.1	33.2	1.1
<i>Francia</i>	2006	18-74	16.1	17.6	1.1
<i>Inglaterra</i>	2007	16+	23.3	24.4	1.0
<i>Israel</i>	1999 - 2001	25-64	19.9	25.7	1.3
<i>Nueva Zelanda</i>	2002 - 2003	35-74	21.2	22.1	1.0

Fuente: International Obesity Taskforce, 2009

Un trabajo reciente señala que si bien en los países desarrollados predomina la asociación inversa entre condiciones socioeconómicas y obesidad en las mujeres, virtualmente todos los grupos sociales están afectados en mayor o menor medida. Como se verá más adelante, a pesar del culto a la delgadez y a su asociación con los hábitos saludables la influencia del ambiente obesogénico que existe en muchas

sociedades desarrolladas y los roles de género que juegan las mujeres propician que evitar el sobrepeso y la obesidad resulte difícil para las mujeres de cualquier estrato social¹⁸. Esta observación es aplicable a la realidad de países como México, donde la obesidad tiende a ser cada vez más frecuente entre las mujeres pobres pero es también un problema para muchas de los sectores sociales medios y altos.

LAS CIFRAS EN MÉXICO

Encuestas sobre salud y nutrición realizadas en el país desde la década de 1990 indican en forma consistente que la obesidad es una condición más frecuente en las mujeres adultas^{vi}.

La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993 encontró, en una muestra de población urbana adulta de 20 a 69 años, que el sobrepeso era más común en los hombres y la obesidad en las mujeres; la prevalencia combinada de so-

brepeso y obesidad fue de 58.9%, con una prevalencia de obesidad de 25.1% en las mujeres y de 14.9% en los hombres¹⁷. En la Encuesta Nacional de Salud 2000, cuya muestra incluyó población urbana y rural, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 62.1% en la población adulta mayor de 20 años; en las mujeres la prevalencia de obesidad fue de 28.1% y en los hombres de 18.6%²⁰.

vi Las dificultades para comparar las encuestas en México son las mismas que se mencionaron para las comparaciones a nivel internacional (ver el pie página iii).

Recientemente la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), cuya muestra abarcó familias urbanas y rurales, mostró una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 71.9% para las mujeres y de 66.7%

para los hombres mayores de 20 años; la prevalencia de obesidad fue de 34% en las mujeres y de 24% en los hombres (cuadro 2)²¹.

CUADRO 2
PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN POBLACIÓN ADULTA*, POR SEXO
MÉXICO 2006

CONDICIÓN	HOMBRES (%)	MUJERES (%)	RAZÓN M/H
<i>Sobrepeso</i>	42.5	37.4	0.88
<i>Obesidad</i>	24.2	34.5	1.43
<i>Sobrepeso + Obesidad</i>	66.7	71.9	1.08

* 20 años y más

Fuente: Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.

Algunas encuestas han indicado también que la prevalencia de obesidad es elevada entre las mujeres de los sectores sociales pobres. A principios de la década de 1990, un estudio realizado en la capital del país con población de 35 a 64 años de bajo nivel socioeconómico, mostró una prevalencia de obesidad de 36.9% para los hombres y de 60.3% para las mujeres²². La Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México 1995 incluyó familias de distintos estratos socioeconómicos y mostró que en la población de 18 a 69 años la prevalencia de obesidad era de 22.5% en las mujeres y de 9.8% en los hombres²³; los datos de este estudio mostraron que el sobrepeso era más frecuente entre las mujeres de los estratos socioeconómicos altos y que la obesidad tendía, aunque sin diferencias importantes entre estratos y con un patrón similar al de los países desarrollados, a ser más común entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo²⁴. La Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México 2002, que sólo abarcó familias de bajos ingresos, arrojó una prevalencia de obesidad de 28.7% en las mujeres y de 19.5% en los hombres²⁵.

Por otro lado, información de la Encuesta de Bienestar Social, realizada en 2003 con una muestra representativa de la población rural más pobre en siete estados del país, mostró una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de casi 60% en mujeres y más de 50% en hombres, con cifras de obesidad de 22.2% para las mujeres y de 13.6% para los hombres²⁶. Estos datos coinciden con la tendencia observada a nivel mundial hacia una situación en la cual la obesidad reemplazará a la desnutrición tanto en las áreas urbanas como en las rurales¹⁵. Sin embargo, es pertinente destacar que las deficiencias nutricionales siguen siendo importantes problemas de salud pública en México. En el caso de las mujeres la ENSANUT 2006 indica que la baja talla –indicador que refleja el efecto acumulado de la desnutrición crónica– afecta a 12.3% de las adolescentes de 12 a 17 años; y en las mujeres de 12 a 49 años la anemia afecta al 20.6% de las embarazadas y a 15.5% de las no embarazadas²¹.

Cabe resaltar que tres encuestas probabilísticas –la Encuesta Nacional de Nutrición 1988, la Encuesta Nacional Nutrición 1999 y la ENSANUT 2006– indican un aumento significativo en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad entre las mujeres de 20 a 49 años (cuadro 3); la información de estos estudios muestra que en un lapso menor a 20 años –1988 a 2006– la cifra se duplicó, pasando de 34.5% a 69.3%²¹.

CUADRO 3
PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES
DE 20-49 AÑOS DE EDAD, MÉXICO 1988 - 2006

AÑO	SOBREPESO + OBESIDAD (%)
1988	34.5
1999	61.0
2006	69.3

Fuente: Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.

Los datos de la ENSANUT 2006 indican que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en las mujeres es elevada a partir de la adolescencia y aumenta con la edad²¹. En el grupo de 12 a 19 años la proporción es de casi 33%, mientras que en los subgrupos comprendidos entre los 40 y 69 años rebasa 80%; las proporciones disminuyen a partir de los 60 años, pero rebasan el 50% en las mujeres de 80 y más años (cuadro 4).

CUADRO 4
PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES
POR GRUPO DE EDAD, MÉXICO 2006

GRUPO DE EDAD	SOBREPESO (%)	OBESIDAD (%)	SOBREPESO + OBESIDAD (%)
12-19 años	23.3	9.2	32.5
20-29 años	33.6	20.5	54.1
30-39 años	39.4	34.7	74.1
40-49 años	37.8	43.8	81.6
50-59 años	39.3	44.3	83.6
60-69 años	38.1	42.4	80.5
70-79 años	39.4	32.2	71.6
80 y más años	34.0	16.3	50.3

Fuente: Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.

OBESIDAD Y SALUD DE LAS MUJERES

En México las tasas de mortalidad por ECNT se han incrementado dramáticamente en paralelo con el aumento de la epidemia de obesidad²⁷. Las ECNT asociadas con la nutrición se encuentran hoy entre las primeras causas de mortalidad y ocasionan una cantidad importante de muertes prematuras en hombres y mujeres^{28,29}. Sin embargo, con excepción de las enfermedades isquémicas del corazón, cuya tasa de mortalidad sigue siendo mayor en los hombres, la mortalidad por otras ECNT asociadas con la nutrición –diabetes, enfermedad cerebrovascular y enfermedades hipertensivas– es mayor en las mujeres. En 2007 la diabetes ocupó el primer lugar entre las diez principales causas de mortalidad general en el país, con una tasa de 69.2 por 100 mil para las mujeres y de 64 por 100 mil para los hombres. En las mujeres las cuatro enfermedades mencionadas causaron más de 37% del total de las muertes; en los hombres la proporción fue también elevada pero menor, con 29.8% (cuadro 5)³⁰. La gráfica 1 muestra la tendencia al aumento de la mortalidad por algunas ECNT en hombres y mujeres durante el periodo 2000-2005.

CUADRO 5
MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRÓNICAS
NO TRANSMISIBLES SELECCIONADAS, POR SEXO
MÉXICO 2007

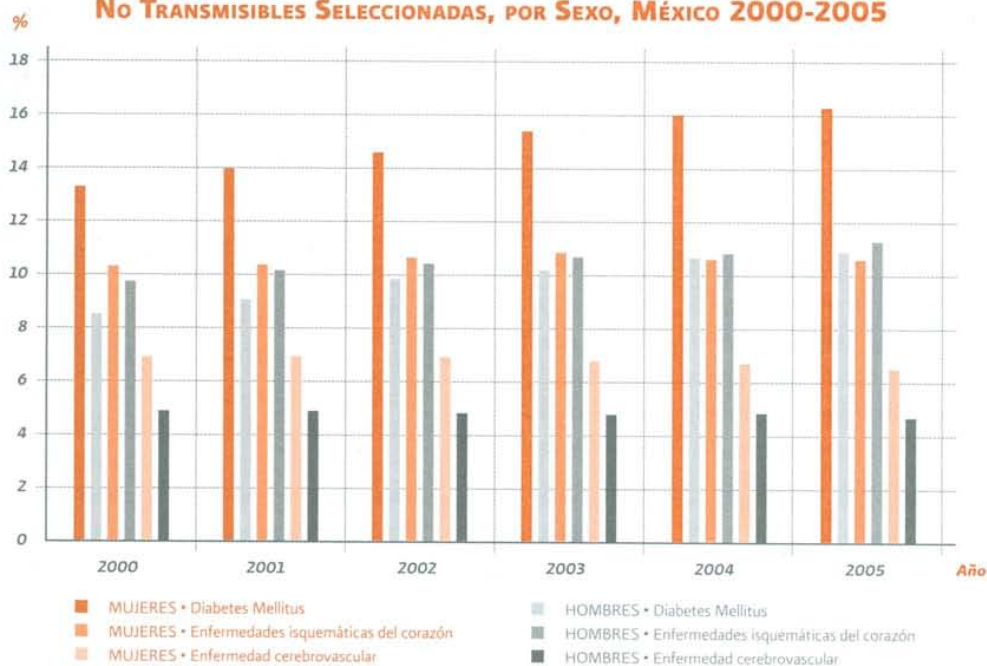
ENFERMEDAD	HOMBRES		MUJERES	
	Tasa*	%	Tasa*	%
Diabetes mellitus	64.0	11.7	69.2	16.2
Enfermedad isquémica del corazón	60.5	11.0	45.7	10.7
Enfermedad cerebrovascular	26.7	4.9	28.6	6.7
Enfermedades hipertensivas	12.0	2.2	15.6	3.6

* Tasa por 100 mil hombres y 100 mil mujeres.

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud: cuadros de las diez principales causas de mortalidad en hombres y mujeres, población total, México 2007.

Por otro lado, la obesidad representa un importante factor de riesgo de muerte prematura por ECNT para las mujeres en edad reproductiva. En 2002 la diabetes ocupó el primer lugar entre las 15 principales causas de mortalidad en este grupo y la enfermedad cerebrovascular y las enfermedades isquémicas del corazón ocuparon el séptimo y octavo lugares. En conjunto, estas tres causas ocasionaron 15.7% del total de las muertes entre las mujeres de 15 a 49 años³¹.

GRÁFICA 1
EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRÓNICAS
NO TRANSMISIBLES SELECCIONADAS, POR SEXO, MÉXICO 2000-2005



Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud. Mortalidad 2000-2005 (<http://sinais.salud.gob.mx/index.html>).

La obesidad implica también riesgos para la salud reproductiva, lo cual es sin duda un importante obstáculo para eliminar la marcada desigualdad en las condiciones de salud entre las mujeres en México y para disminuir la mortalidad materna y perinatal o la ocasionada por los cánceres de origen ginecológico.

La obesidad provoca alteraciones hormonales que favorecen trastornos menstruales, infertilidad y abortos espontáneos, así como alteraciones metabólicas que aumentan el riesgo de hipertensión del embarazo y de diabetes gestacional. Las complicaciones del parto son frecuentes en las mujeres obesas e implican una mayor incidencia de cesáreas; además, las mujeres obesas suelen presentar infecciones, hemorragias, tromboembolias y anemia en el postparto. La obesidad materna implica también riesgos para la salud fetal y neonatal que incluyen macrosomía, muertes fetales y malformaciones congénitas³²⁻³⁶.

El sobrepeso y la obesidad se asocian con el aumento en la incidencia y la mortalidad por distintos tipos de cáncer y entre los de origen ginecológico destacan los de mama, ovario y endometrio³⁷⁻⁴⁰. Una publicación reciente indica que el cáncer de mama representa la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres en México y señala que la obesidad, la falta de actividad física y factores asociados a la dieta –alto consumo de grasas y azúcares, bajo consumo de fibra y deficiencias de ciertos nutrientes, como el ácido fólico, las vitaminas B12 y D, y los ácidos grasos omega 3– juegan un importante papel en el riesgo de padecer cáncer de mama entre las mujeres mexicanas, particularmente en la etapa postmenopáusica⁴¹. En 2002 el cáncer de mama causó el 4.7% de las defunciones entre mujeres de 15 a 49 años y entre las de 25 a 64 años la tasa de mortalidad aumentó de 3.4 por 100 mil en 1955 a 11.7 por 100 mil en 2002³¹; para 2007 la tasa de mortalidad en mujeres de 25 años y más fue de 16.4 por 100 mil⁴¹.

¿POR QUÉ TIENEN LAS MUJERES UNA MAYOR PROPENSIÓN A LA OBESIDAD?

La investigación biomédica ha logrado grandes avances en el conocimiento de los mecanismos involucrados en el control del peso corporal y en la comprensión del papel de las variaciones genéticas en el origen de la obesidad⁴². Biológicamente las mujeres tienen un mayor porcentaje de grasa corporal, lo que implica un gasto energético menor al de los hombres²⁹. La masa grasa, que modula procesos hormonales ligados a la reproducción y cubre demandas de energía durante el embarazo y la lactancia, representa en las mujeres hasta el 28% del peso corporal mientras en los hombres el porcentaje es de la mitad³⁴. En muchas mujeres el inicio del sobrepeso y la obesidad se asocia con la retención de peso acumulado en los embarazos^{43,44}, o con los cambios en la composición corporal ocasionados por el climaterio^{45,46}.

Sin embargo, los factores biológicos no explican el acelerado incremento de la epidemia de obesidad y su magnitud actual. Las condiciones socioeconómicas y el entorno cultural en el que viven las mujeres tienen una influencia decisiva sobre su salud y su estado nutricional. En el caso de la obesidad se ha documentado que la pertenencia a un determinado sector social juega un papel central en los recursos con que cuentan las mujeres para evitarla. Se ha observado también que las construcciones culturales en torno a la feminidad y la posición que ocupan las mujeres en la sociedad y en la familia influyen en sus prácticas de alimentación y pueden incidir sobre el desequilibrio energético que provoca la obesidad.

Un primer elemento a considerar es que las mujeres suelen tener un contacto permanente con los alimentos, ya que la compra, la preparación y la distribución de la comida al interior de las familias siguen siendo en la mayoría de las sociedades actividades primordialmente femeninas¹⁸. Por otro lado, la selección de alimentos por las amas de casa tiene más que ver con los gustos y los hábitos de alimentación de sus familias que con el valor nutricional de la comida, en tanto la alimentación no es solamente una necesidad biológica sino un fenómeno social marcadamente influido por factores culturales y psicológicos. La publicidad refuerza el papel tradicional de las mujeres en la familia a través de mensajes que promueven una gran variedad de productos procesados –alimentos infantiles, cereales y lácteos, entre otros– cuyo consumo es una muestra de su eficiencia como

amas de casa, madres y esposas. Este contacto permanente con la comida y su papel en la familia atrapa a muchas mujeres en un círculo de contradicciones, ya que al mismo tiempo que tienen que preparar comidas apetitosas tienen también que cuidarse de no engordar⁴⁷.

La calidad y el equilibrio de la dieta que son elementos de gran importancia para evitar el sobrepeso y la obesidad difieren en función de las condiciones socioeconómicas de las mujeres. Quienes pertenecen a los sectores sociales altos cuentan con los recursos necesarios para consumir alimentos frescos y saludables, que son los de mayor precio en el mercado, y tienden a tener dietas más equilibradas con un mayor consumo de frutas y verduras, y con pocas grasas y azúcares^{18,19,48}. En México es muy común la percepción de que la práctica clínica en el campo de la nutrición se dirige al tratamiento del sobrepeso y la obesidad, un recurso cuyos costos suelen ser elevados y que es por lo tanto accesible sólo a las mujeres de los sectores medios y altos.

En México se ha observado desde la década de 1970 un aumento en la disponibilidad de alimentos y una disminución de los precios de los productos procesados, lo cual se ha traducido en un consumo excesivo y desequilibrado de alimentos baratos y de alta densidad energética, como lácteos y embutidos, frutas en almíbar, pastas, galletas, pasteles y frituras. En cambio, los alimentos frescos –frutas, verduras, carnes magras, pescados– son los alimentos que más se han encarecido. Esta situación y la fuerte influencia de la mercadotecnia explican en parte por qué la población con menos recursos es la que presenta mayores niveles de sobrepeso y obesidad⁴⁹.

En las mujeres pobres la obesidad no sólo está relacionada con la falta de acceso a los alimentos o con el desconocimiento de su valor nutritivo. A pesar de los estereotipos para caracterizar a las mujeres de los sectores populares, muchas saben lo que *debe* comer pero sus patrones de consumo alimentario obedecen a lo que en realidad pueden comprar y que son alimentos procesados, baratos, de alta densidad energética y con escaso valor nutricional^{48,50}. El desequilibrio en la dieta de las mujeres pobres y su mayor propensión a la obesidad se vinculan también con la

desvalorización social de las mujeres, con la percepción que tienen de sí mismas y con el rol genérico femenino de *dar y cuidar a los otros*, por lo que es común que al interior de muchas familias los mejores alimentos se reserven para los hombres y los hijos⁵¹.

El hábito de hacer ejercicio es menos frecuente entre las mujeres que entre los hombres debido a la influencia de condicionamientos de género fuertemente arraigados que se expresan desde la infancia. La observación del comportamiento de niños y niñas en escuelas primarias públicas de la Ciudad de México durante los recreos indica que la mayoría de los niños participa en juegos que involucran ejercicio físico vigoroso y que las niñas tienden en general a ser más pasivas^{vii}. Las actividades deportivas son más comunes entre los hombres que entre las mujeres, sobre todo en los sectores sociales medios y bajos, y son aún pocas las mujeres que han logrado destacar como deportistas de alto nivel^{viii}.



Se ha observado también que los patrones de actividad física de las mujeres adultas varían en función de su condición socioeconómica^{18,19,48}. Un trabajo de autores mexicanos señala que la probabilidad de hacer ejercicio en las mujeres

está relacionada con la edad, el estado marital, la paridad, el nivel de escolaridad y el nivel socioeconómico; entre mujeres en edad reproductiva –12 a 49 años– se ha observado que el deporte es una práctica más común en las menores de 20 años, no unidas, sin hijos y de estratos socioeconómicos altos⁵².

Las mujeres de los sectores sociales altos tienen mayores oportunidades, tanto en términos de dinero como de tiempo, para hacer ejercicio y en contextos como el de México pueden delegar en otras mujeres sus responsabilidades domésticas. En cambio, para quienes tienen menos recursos económicos las oportunidades de hacer ejercicio son limitadas y aun inexistentes. Además, el trabajo doméstico que realizan muchas mujeres no implica, en la mayoría de los casos, un aumento en el gasto energético semejante al de la actividad física deportiva o recreativa. Las diferencias en las posibilidades de hacer ejercicio entre las mujeres persisten aun cuando trabajan fuera del hogar, ya que el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos siguen siendo responsabilidades raramente compartidas con otros miembros de la familia.

Por otro lado, el sedentarismo que caracteriza las actividades laborales en las que generalmente se insertan las mujeres de los sectores sociales medios y bajos aumenta su propensión a la obesidad. Se ha reportado que las cargas laborales excesivas asumidas por la mayoría de las mujeres incorporadas al mercado de trabajo asalariado –que puede incluir dos y hasta tres jornadas– propician tensiones emocionales y síntomas depresivos, desgaste físico y una mala alimentación –con un exceso de grasas y alimentos procesados consumidos fuera de casa y alrededor de los centros de trabajo– que a menudo se traducen en sobrepeso y obesidad⁵³. Un estudio realizado con 587 trabajadoras de unidades médicas y administrativas del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México, mostró que 43.3% de las trabajadoras tenía sobrepeso y 27.6% obesidad; la elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad entre las mujeres de esta muestra se asoció con el climaterio y el sedentarismo y con un menor nivel educativo⁵⁴.

vii Información no publicada del proyecto: *Análisis del uso de los desayunos escolares en primarias públicas de la Ciudad de México*, coordinado por M. Bertran, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, 2006.

viii La escasa participación de las mujeres en los maratones populares de la Ciudad de México ilustra esta situación: en 2008 el 80% de los participantes fueron hombres (ver: www.emociondeportiva.com).

LOS ESTIGMAS HACIA LA OBESIDAD

Un fenómeno cultural observado en muchas sociedades contemporáneas es la estigmatización de la obesidad y la sobrevaloración de la delgadez, lo cual explica la paradoja de que una gran cantidad de personas se sienten gordas al mismo tiempo que se sueñan delgadas⁴⁷. Se ha documentado que los valores negativos hacia la obesidad tienen mayor impacto en las mujeres que en los hombres y que las mujeres aceptan más las normas impuestas por el culto a la delgadez. Para los hombres la corpulencia puede representar un signo de virilidad y dominación, mientras la insatisfacción con la imagen corporal es más evidente en las mujeres^{18,19,47,55}.

En distintos países desarrollados se ha documentado que la desventaja social y la marginación de las personas obesas se expresan en ámbitos como las relaciones interpersonales, la educación, el empleo y los servicios de salud⁵⁶⁻⁵⁹. En el caso de México se ha reportado que el personal de salud –médicos, psicólogos, nutriólogos– no está capacitado para abordar el problema de la obesidad; aun en el espacio de los servicios especializados para su tratamiento los y las profesionales, en particular los médicos, suelen tener actitudes de rechazo hacia los pacientes⁶⁰; se ha señalado también que la subestimación de los problemas de salud asociados a la obesidad es más frecuente cuando se trata de pacientes mujeres²⁹.

En niños y niñas se ha observado que el rechazo a la obesidad por parte de sus pares, maestros, y aun de los padres, afectan sus relaciones interpersonales y su desempeño escolar; en la adolescencia el peso de los estigmas hacia la gordura recae sobre todo en las mujeres, a quienes se les considera descuidadas, sucias e incapaces de conseguir novio o de realizar ciertas actividades físicas⁵⁷. La inconformidad de las mujeres con su imagen corporal supone un proceso que en general se inicia en la adolescencia e implica un mayor riesgo de sufrir trastornos psicológicos que las afectan de manera desproporcionada, como la bulimia, la anorexia y la depresión⁵⁵. Un estudio realizado en la Ciudad de México, que analiza la relación entre conductas alimentarias de riesgo e IMC en adolescentes, hombres y mujeres de 13 a 18 años, revela que a mayor IMC y a mayor edad aumenta la presencia de este tipo de conductas: preocupación por engordar, sensación de falta de control al comer, ejercicio excesivo, entre otras. En las adolescentes de mayor edad

con sobrepeso u obesidad se observó que una práctica más común en ellas que en los hombres es el uso de diuréticos y pastillas para adelgazar⁶¹. Estos hallazgos confirman el mayor impacto de los estereotipos sobre la imagen corporal en el bienestar de las mujeres.

Distintos trabajos del campo de la psicología afirman que los efectos sociales adversos del sobrepeso y la obesidad son más comunes en las mujeres y que las presiones para que adelgacen y se ajusten a los estereotipos en torno a la imagen corporal afectan su salud mental^{55-59,62}. Se ha observado que entre las mujeres obesas las motivaciones para buscar tratamiento obedecen, más que a trastornos físicos y a enfermedades provocados por la obesidad, a problemas de autoestima y a síntomas depresivos asociados al malestar que les provoca su imagen corporal⁵⁸.



Desde la corriente feminista del psicoanálisis se ha planteado que la obesidad y el comer en exceso se han convertido, junto con los problemas sexuales, en conflictos emocionales de gran importancia en la vida de muchas mujeres. La obesidad en las mujeres es una reacción –ineficaz y dolorosa, un *rechazo simbólico*– a los estereotipos sexuales y al papel secundario que la cultura les ha impuesto, por lo que su tratamiento psicológico tiene que orientarse, más que a conseguir que bajen de peso, a lograr que descubran y manejen el rechazo hacia su cuerpo y sus emociones hacia la comida⁶².

Sin embargo, el malestar con la imagen corporal no sólo se presenta en las mujeres que tienen sobrepeso o que son obesas. Evitar ganar peso se ha convertido en la actualidad en una obsesión para las mujeres, creada y constantemente reforzada por la prensa, la televisión y las revistas femeninas que promueven imágenes corporales y modelos de belleza inalcanzables para la mayoría, así como una gran variedad de productos bajos en calorías, dietas que prometen resulta-

dos milagrosos, regímenes de ejercicio para mantenerse en forma y estar a la moda, y todo tipo de consejos para vencer el *descontrol* que las orilla a comer en exceso y las aleja del ideal estético aceptado^{47,48,50,51,55,62,63,ix}.

Estudios realizados en México han mostrado que la preocupación por mantener una imagen corporal *adecuada* no afecta sólo a las mujeres urbanas de los sectores sociales medios y altos. Los estereotipos sobre la belleza femenina y el atractivo sexual de las mujeres tienen también impacto en las mujeres jóvenes de los sectores populares urbanos, que no escapan al bombardeo cotidiano de los medios de comunicación y a las presiones para mantenerse delgadas, vestir a la moda y lucir atractivas⁵¹. Asimismo, existen evidencias recientes de que este fenómeno tiende a ser común entre las mujeres de las zonas rurales del país, que tampoco son ajenas a la publicidad y a los mensajes de la televisión y utilizan una serie de remedios a su alcance para ponerse a dieta y bajar de peso⁶³.

REFLEXIONES FINALES

La información presentada en este trabajo aporta elementos que contribuyen a la comprensión de la magnitud que han alcanzado la obesidad y sus repercusiones en la salud de las mujeres. En contextos como el de México, a medida que aumenta el nivel de desarrollo económico los fenómenos del sobrepeso y la obesidad se extienden entre los sectores sociales pobres, particularmente entre las mujeres, lo cual profundiza las desigualdades sociales y las inequidades de género.

Tener sobrepeso u obesidad implica, sobre todo para las mujeres, ser objeto de estigmas culturales apoyados por los discursos de la medicina y la nutrición, que han contribuido a legitimar las motivaciones estéticas del culto a la delgadez y a imponer un modelo orientado a instaurar normas y *conductas saludables* para estandarizar los comportamientos sociales frente a la alimentación^{47,64-67}.

En apego a este modelo, el personal de salud ofrece, de manera simple o sofisticada, una serie de recomendaciones alimentarias para prevenir el sobrepeso y la obesidad, cuyos contenidos se traslapan con la moral y se transmiten como si se tratara de *cumplir con los diez mandamientos*: si se cumple con las recomendaciones se evitan trastornos y enfermedades, pero si se transgreden tarde o temprano aparecerán el castigo de la obesidad y la amenaza de enfermedades graves y mortales. Este nuevo discurso sobre la alimentación ignora la fuerte influencia del entorno socioeconómico y cultural en el aumento de la obesidad y culpabiliza a las personas por no ser capaces de controlar su apetito y sus tentaciones frente a la comida^{47,64}. Este discurso, lejos de contribuir a las posibles soluciones del problema genera en las personas situaciones de gran conflicto que son más frecuentes y evidentes entre las mujeres.

ix En el caso de México la televisión promueve el consumo de productos y *medicamentos* de dudosa calidad a los que se atribuyen cualidades *mágicas* para bajar de peso *sin dieta ni ejercicio*; se promueven también aguas embotelladas a las que se atribuye la cualidad de *mover la grasa*, cuyo consumo es bastante popular entre las mujeres jóvenes.

Esta situación aparentemente contradictoria entre el discurso y la realidad es una de las características centrales de la epidemia de obesidad. Vivimos en una sociedad que al mismo tiempo que tiene las cifras de sobrepeso y obesidad más altas de su historia fomenta el culto al cuerpo, a la belleza y a la delgadez como medios para alcanzar la salud y el éxito social. El peso de esta fuerte contradicción afecta de manera particular a las mujeres, lo cual parece estar todavía ausente en las políticas y los programas de las instituciones de salud.

En México los programas gubernamentales para prevenir el sobrepeso y la obesidad se apoyan en el modelo de la promoción de *estilos de vida saludable*, según el cual es la persona quien adopta conductas de riesgo y es, por lo tanto, responsable de sus consecuencias, incluida la muerte. Son las personas –independientemente de que puedan o no satisfacer sus necesidades vitales básicas– quienes de manera individual se resisten a cambiar sus hábitos de alimentación, deciden llevar una vida sedentaria e ingerir calorías en cantidades superiores a sus necesidades⁶⁸.

Las limitaciones de este modelo para prevenir el sobrepeso y la obesidad son evidentes frente a los datos que exhiben las encuestas sobre salud y nutrición. Sin embargo, muy pocas veces se reflexiona sobre los determinantes socioeconómicos y culturales que generan los ambientes obesogénicos, así como sobre la responsabilidad y el alcance de las políticas públicas, incluyendo las del sector salud, en el acelerado aumento de la epidemia de obesidad y en sus repercusiones sobre la salud de la población mexicana. En tal sentido, es necesario analizar también el alcance de las políticas en los campos de la educación, la regulación de la publicidad, y la producción y distribución de alimentos, entre otras.

Finalmente, las políticas públicas orientadas a promover la equidad de género en el país tienen que trascender el ámbito del discurso e incorporarse de manera consistente y articulada a los programas y los servicios de salud⁶⁹. Estas políticas tienen necesariamente que ser parte de las estrategias dirigidas a la contención de la epidemia de obesidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-Gil SE, Díez-Urdanivia S. Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. *Salud Pública de México* 2007;49(6): 445-53.
2. Cardaci D. Salud, género y programas de estudios de la mujer en México. México, DF: Programa Universitario de Estudios de Género (UNAM) / Universidad Autónoma Metropolitana / Organización Panamericana de la Salud; 2004.
3. Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud* 2002;11(5/6): 454-61.
4. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact Sheet 31. Geneva, Switzerland: WHO;2006.
5. World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, Switzerland: WHO; 1998.
6. Caballero B. The global epidemic of obesity: an overview. *Epidemiologic Reviews* 2007;29:1-5.
7. Popkin BM. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. *Public Health Nutrition* 2002;5(1A):93-103.
8. Martorell R, Khan LK, Hughes ML, Grummer-Strawm LM. Obesity in women from developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition* 2000;54:247-52.
9. Peña M, Bacallao J. La obesidad en la pobreza: un problema emergente en Las Américas. En: Peña M, Bacallao J, editores. *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2000.
10. Jacoby E. The obesity epidemic in the Americas: making healthy choices the easiest choices. *Pan American Journal of Public Health* 2004;15(4):278-84.
11. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington (DC): OPS/OMS; 2007. Disponible en: www.paho.org
12. Martorell R. Obesity. In: Flores R, Gillespie S, editors. *Health and nutrition emerging and reemerging issues in developing countries*. 2020 Focus 5. Washington (DC): The International Food Policy Research Institute; 2001. Disponible en: www.ifpri.org/2020/focus/focus5
13. Vigarello G. *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la edad media hasta nuestros días*. Madrid, España: Abada Editores; 2006.

14. Messer E. Anthropological perspectives on diet. *Annual Review of Anthropology* 1984; 13:205-49.
15. Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin BM. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82:940-46.
16. Monteiro CA, Conde WL, Lu B, Popkin BM. Obesity and inequities in health in the developing world. *International Journal of Obesity* 2004; 28:1181-6.
17. Arroyo P, Loria A, Fernández V, Flegal KM, Kuri P, Olaiz G, Tapia R. Prevalence of pre-obesity and obesity in urban adult Mexicans in comparison with other large surveys. *Obesity Research* 2000; 8(2):179-85.
18. McLaren L. Socioeconomic status and obesity. *Epidemiologic Reviews* 2007; 29:29-48.
19. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin* 1989; 105(2):260-75.
20. Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguila C, Cravioto P, et al. Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
21. Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
22. González C, Stern MP. La obesidad como factor de riesgo cardiovascular en México. Estudio en población abierta. *Investigación Clínica* 1993;45(1):13-21.
23. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Encuesta urbana de alimentación y nutrición en la zona metropolitana de la Ciudad de México 1995. México, DF: Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán; 1995.
24. Ávila H. Condiciones de nutrición de la mujer mexicana. *Ginecología y Obstetricia de México*, 1999;67: 97-104.
25. Ávila A, Shamah T, Chávez A, Galindo C. Encuesta urbana de alimentación y nutrición en la zona metropolitana de la Ciudad de México 2002. México, DF: Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán; 2003.
26. Fernald LC, Gutiérrez JP, Neufeld LM, Olaiz G, Bertozzi SM, Miettinen-Snyder M et al. High prevalence of obesity among the poor in Mexico. *Journal of the American Medical Association* 2004; 291(21):2544-5.
27. Rivera J, Barquera S, Campirano F, Campos I, Safdie M, Tovar V. Epidemiological and nutritional transition in Mexico: rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity. *Public Health Nutrition* 2002; 5(1A):113-22.
28. Sánchez CP, Pichardo E, López P. Epidemiología de la obesidad. *Gaceta Médica de México* 2004; 140(S2):3-20.
29. Grupo académico para el estudio, la prevención y el tratamiento de la obesidad y el síndrome metabólico de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales de Alta Especialidad. *Salud Pública de México*, 2008; 50(6):530-47.
30. Secretaría de Salud. Mortalidad 2007. México, D.F: SSA, Dirección General de Información en Salud; 2007.
31. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad relacionadas con la salud reproductiva. México, 2002. *Salud Pública de México* 2004;46(1):75-88.
32. Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wasdworth J, Joffe M, Beard RW et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *International Journal of Obesity* 2001; 25:1175-82.
33. Grimes D, Shileds W. 2005. Family planning for obese women: challenges and opportunities. *Contraception* 2005;72:1-4.
34. King J, Casanueva E. Obesity in pregnancy: maternal and neonatal effects. *Perinatología y Reproducción Humana* 2007; 21: 210-7.
35. Denison FC, Price J, Graham C, Wild S, Liston WA. Maternal obesity, length of gestation, risk of postdates pregnancy and spontaneous onset of labor at term. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2008; 115:720-5.
36. Waller DK, Shaw GM, Ramussen SA, Hobbs CA, Canfield MA, Siega AM, et al. Pre-pregnancy obesity as a risk factor for birth defects. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2007; 161(8): 745-750.
37. Calle EE, Rodríguez C, Walker K, Thun MJ. Overweight, obesity and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *New England Journal of Medicine* 2003;348(17):1625-38.
38. Calle EE, Thun MJ. Obesity and cancer. *Oncogene* 2004; 23:6365-78.
39. Pan SY, Johnson KC, Ugnat AM, Wen SW, Mao Y. Association of obesity and cancer risk in Canada. *American Journal of Epidemiology* 2004;159(3): 259-68.
40. Reeves GK, Pirie K, Beral V, Green J, Spencer E, Bull D. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study. *British Medical Journal* 2007; 335:1134-45.

41. Romieu I, Lajou M. The role of obesity, physical activity and dietary factors on the risk of breast cancer: Mexican experience. *Salud Pública de México* 2009; 51(S2):172-80.
42. Farooqi IS, O'Rahilly S. Genetic factors in human obesity. *Obesity Reviews* 2007; 8 Supl 1:37-40.
43. Linné Y, Barkeling B, Rössner S. Long-term weight development after pregnancy. *Obesity Reviews* 2002;3(2):75-83.
44. Herring SJ, Rich JW, Oken E, Rifas SL, Kleinman KP, Gillman MW. Association of postpartum depression with weight retention 1 year after childbirth. *Obesity* 2008;16(6):1296-301.
45. Pavón I, Alameda C, Olivares J. Obesidad y menopausia. *Nutrición Hospitalaria*, 2006; 21(6):633-7.
46. Restrepo MT, Monroy A, Pérez J, Velázquez MC. Efecto de la actividad física controlada sobre la composición corporal de mujeres sedentarias posmenopáusicas. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2003; 14(4):229-34.
47. Contreras J. La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Formación Continua en Nutrición y Obesidad* 2002; 5(6):275-86.
48. Aguirre P. Aspectos socio-antropológicos de la obesidad en la pobreza. En: Peña M, Bacallao J, editores. *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2000. p. 3-25.
49. Ortiz L. Evolución de los precios de los alimentos y nutrimentos en México entre 1973 y 2004. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 2006; 56(3):201-15.
50. Cardaci D. Educación nutricional: mujeres culpabilizando a mujeres. En: Cardaci D, editora. *Mujeres y Medicina 4. Volar hasta el otro lado...* México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco 1990. p. 15-24.
51. Cardaci D, Álvarez L. Introducción. *Mujeres y Medicina 1. De cómo fuimos perdiendo nuestros cuerpos*. México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco 1980. p. 1-19.
52. Hernández B, de Haene J, Barquera S, Monterrubio E, Rivera J, Shamah T. Factores asociados con la actividad física en mujeres mexicanas en edad reproductiva. *Revista Panamericana de Salud* 2003; 14(4): 235-45.
53. López O. Cuando las bajas son más altas: la depresión en personas adultas. *Género y Salud en Cifras* 2008;2:4-16.
54. Vázquez JL, Gómez H, Gómez F, Lara MA, Navarrete J, Pérez G. Obesity and overweight in IMSS female workers in Mexico City. *Salud Pública de México* 2005; 47(4):268-75.
55. Grave S, Hyde JS. Ethnicity and body dissatisfaction among women in the United States: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2006;132(4): 622-40.
56. Puhl RM, Brownell KD. Psychological origins of obesity stigma: Howard changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews* 2003;4:213-27.
57. Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin* 2007; 133(4):557-80.
58. Grave RD, Cuzzolaro M, Calugi S, Tomasi F, Temperilli F, Marchesini G. The effects of obesity management on body image in patients seeking treatment at medical centers. *Obesity* 2007;5(9):2320-7.
59. Mond JM, Rodgers B, Hay PJ, Darby A, Owen C, Baun BT et al. Obesity and impairment in psychosocial functioning in women: the mediating role of eating disorders features. *Obesity* 2007;15(11):2769-79.
60. Vázquez V, López JC. Psicología y obesidad. *Endocrinología y Nutrición* 2001;9(2):91-6.
61. Unikel C, Saucedo T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental* 2002; 25(2):49-57.
62. Orbach S. La obesidad: una perspectiva feminista. En: Cardaci D, Álvarez L. *Mujeres y Medicina 1. De cómo fuimos perdiendo nuestros cuerpos*. México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco 1980. p. 18-30.
63. Pérez-Gil S, Vega A, Romero G. Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo? *Salud Pública de México* 2007;49(1):52-62.
64. Bertran M. ¿Orientación alimentaria o los diez mandamientos? La moral en las recomendaciones de nutrición. En: León B, Merino EC, Peña F, editores. *Antropología física, salud y sociedad en las poblaciones contemporáneas*. México, D.F.: Escuela Nacional de Antropología e Historia; 2007.
65. Toro J. *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona, España: Editorial Ariel, 2003.
66. Contreras J, Gracia M. *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona, España: Editorial Ariel; 2005.
67. Gracia M. Comprender la modernidad alimentaria: desde y más allá de las normas. *Revista Internacional de Sociología* 2005; 40:7-30.
68. Arroyo P. El estilo de vida y la prevención de la obesidad. *Boletín Nutrición Hoy* 2005; 3:3-4.
69. Langer A, Rico B. Una iniciativa integral para responder a necesidades complejas. En: López P, Rico B, Langer A, Espinosa G. *Género y política en salud*. México, DF: Secretaría de Salud; 2003. p. 41-53.