

# UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

Unidad Ajusco

Coordinación de Posgrado

Especialización de Estudios de Género en Educación

## **Inclusión de la Perspectiva de Género en los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas Degenerativas no Transmisibles .**

“Trabajo Recepcional para obtener el Diploma de Especialista de Género en Educación”

Presenta:

Veronica Hernandez Andrade

Tutora: Dra. Mónica García Contreras

Lectores/as:

Dra. Ana Laura Lara López

Dr. Jorge García Villanueva

Ciudad de México, Junio. 2020

## **Agradecimientos**

Adios por darme la oportunidad de vivir.

A mi Madre por haberme dado la vida .

Por sus enseñanzas que hoy día y siempre  
me hacen ser quien soy.

A Santy mi hijo por su paciencia y existir.

Los amo.

Y finalmente

A las personas que me apoyaron y me evocan grandes recuerdos, merecen especial mencion, ya que, junto con otros , criticaron el contexto de este trabajo recepcional de manera constructiva, discreta y alentadora, factores que en momentos de agotamiento físico y mental me instalaron a continuar.

Mil gracias.

Dra. Mónica Garcia Contreras, Dra. Ana Laura Lara López, Dr. Jorge García Villanueva y finalmente Mtro. Gabriel Montes de Oca Aguilar.

A T E N T A M E N T E

*Veronica Hernandez Andrade*

## **Resumen**

En este trabajo se presenta una serie de recomendaciones con perspectiva de género para los coordinadores de los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas (GAM), los cuales se refieren a los grupos de las unidades de primer nivel de atención de salud en los 32 estados de la República Mexicana y que a través de un proceso educativo, tienen como objetivo fortalecer la adherencia terapéutica, para coadyuvar al control metabólico de enfermedades crónicas no transmisibles. Se retoman nociones principales en materia de perspectiva de género con la finalidad de que puedan ser aplicadas por los coordinadores interesados, a partir de tres estrategias educativas.

Palabras clave: perspectiva de género, cuerpo, salud, enfermedad.

# INDICE

1.Introducción .....	5
2. Justificación .....	8
3.Objetivo General .....	10
3.1. Objetivos Especificos .....	10
4. Metodología del Trabajo .....	11
4.1 Planteamiento del problema .....	11
5. Marco Referencial .....	13
6. Análisis .....	20
6.1 Estrategias Educativa No.1 Ejercicio físico e inclusión en personas sanas y con discapacidad .....	21
6.1.1. Desde la Perspectiva de Género Tema No.1 Ejercicio físico e inclusión en personas sanas y con discapacidad .....	22
6.2. Estrategia Educativa No. 2: Apreciando mi Cuerpo .....	26
6.2.1. Desde la Perspectiva de Género el Tema 2: Apreciando mi Cuerpo .....	28
6.3. Estrategia educativa No.3 Atención Médica .....	33
6.3.1. Desde la Perspectiva de Género el Tema 3: Atención Médica .....	34
7. Propuesta Educativa con Perspectiva de Género .....	37
7.1. Estrategia Educativa No. 1: Ejercicio Físico e Inclusión en Personas Sanas y con Discapacidad. ....	37
7.2. Estrategia Educativa No.2: Apreciando mi Cuerpo. ....	42
Imagen.4 Ilustração do corpo humano da silhueta. ....	46
7.3. Estrategia Educativa No.3: Atención Médica. ....	47
8. Conclusiones .....	50
9. Referencias .....	52
10.Tablas .....	
Tabla No.1 Ejercicio físico e inclusión en personas sanas y con discapacidad .....	21
Tabla No.1.1 Ejercicio físico e inclusión en personas sanas y con discapacidad .....	26
Tabla No.2 Apreciando mi cuerpo .....	27
Tabla.2.1 Apreciando mi cuerpo.....	33
11. Imágenes .....	
Imagen No 1 Pacientes que presentan actividad física.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b> 39
Imagen No. 2 Pacientes que presentan actividad física en conjunto.....	40
Imagen No.3 Logotipo transgénero .....	44

Imagen No. 4 Ilustracao do corpo humano entorno .....	45
Imagen No. 5 trans-mujer-hombre .....	45
Imagen No.6 Silueta del cuerpo humano .....	46
Imagen No.7 Diversidad .....	46
Imagen No. 8 Calendario lunes .....	48
Imagen No. 79 Calendario .....	48

# **Inclusión de la Perspectiva de Género en los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas Degenerativas no Transmisibles.**

## **1.Introducción**

El presente trabajo busca ofrecer la inclusión de la perspectiva de género en salud, por medio de tres estrategias educativas en los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas (GAM EC), para la obtención del diploma de especialización de Género en Educación y con el fin de favorecer a las y los pacientes en el primer nivel de atención de salud, así como a los coordinadores de los grupos, reelaborando los conceptos hombre y mujer, tomando en cuenta los roles y estereotipos en familia, en la sociedad, y la relación de ambos espacios. Al respecto Zarco Ortiz (2019) menciona que “El cuerpo transmite información a los otros a través de la actuación, es el primer mediador en la interacción social. A través de ‘la fachada personal’ se informa, en primera instancia, sobre la identidad de la persona” (p.50) así como de sus corporalidades y limitaciones de nuestro grupo, por lo cual es indispensable identificar las necesidades y desarrollar diversas técnicas, las cuales permitirán a la población facilitar la construcción de conocimientos en un ambiente libre de sexismo que han invisibilizando la participación de las mujeres en la salud; proporcionando nuevos conocimientos, competencias, destrezas y habilidades con miras a impactar en la vida de las personas con ECNT.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son un reto para los sistemas de salud, pues algunos de sus desenlaces como la diabetes y la cardiopatía isquémica son las causas más frecuentes de muerte en los adultos. El número de casos ha aumentado en pocos años y un alto porcentaje de la población tiene condiciones o conductas que aumentan su riesgo de padecerlas a mediano plazo, las estrategias requeridas para el control de las ECNT son complejas y costosas; como resultado, pese al gasto del sector salud, muchos pacientes son tratados en forma tardía o insuficiente; por lo tanto, la prevención y el tratamiento eficaz de las ECNT deben ser una prioridad en las políticas públicas, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son el reto principal que enfrentan los sistemas nacionales de salud; afirma la Secretaria de Salud (2015).

... El Programa de Acción Específico Diabetes Mellitus y Programa de Acción Específico (PAE) Obesidad y Riesgo Cardiovascular, durante el periodo 2012 – 2018 tiene como principales objetivos implementar esquemas proactivos de prevención y detección oportuna de casos para tratar, controlar y prevenir la diabetes y sus complicaciones, así como prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones (p. 12).

En México surgen los Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas (GAM EC, 2019), que se iniciaron bajo el concepto de los Clubes de Diabéticos en la década de los 90's, los cuales se consolidaron en el periodo 2001-2006; para finalmente evolucionar hacia una estrategia integral de Grupos de Ayuda Mutua EC de Enfermedades Crónicas, como menciona el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (marzo de 2019)

...La organización de pacientes que con el apoyo del personal de salud del Primer Nivel de Atención, tiene como objetivo el coadyuvar en el control metabólico de sus Enfermedades, a través de Estrategias educativas que promuevan la adopción de un estilo de vida saludable (p.25).

A partir de 1995, en el marco de la Conferencia Internacional de la Mujer en Beijing, se impulsa el enfoque conocido como de transversalidad del género. En México, ello puede observarse, dado que se generan distintos esfuerzos por incorporar la Perspectiva de Género (PEG) bajo este enfoque. A partir de la creación del Instituto Nacional de las Mujeres (2001) y del impulso generado por la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres y la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007), se reportan importantes esfuerzos para incorporar la PEG en el campo de los presupuestos públicos y los marcos normativos programáticos (ambas signadas por el gobierno mexicano), iniciándose el tránsito del modelo mujer-salud hacia el modelo género-salud que, además de apoyar a las mujeres, persigue transformar el lugar que éstas ocupan en la sociedad y hacer partícipes a los hombres de los cambios necesarios para ello; de acuerdo al Gobierno de la República Mexicana (2019)

...El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024. En su Eje 6 Transversal: Igualdad de género, no discriminación e inclusión. Parte de un diagnóstico general donde se reconocen las desigualdades que existen por motivo de sexo, género, origen étnico, edad, condición de discapacidad y condición social o económica, así como las desigualdades territoriales. Así se alienta a avanzar en la transversalidad de la perspectiva de género en los programas y servicios de salud, a fomentar la sensibilización, capacitación y formación en género en salud y derechos humanos del personal que brinda los servicios de salud (p.33).

Las mujeres tienden a ser afectadas por estas enfermedades crónicas más jóvenes que los hombres. Las mujeres viven más tiempo que los hombres, pero con mayores discapacidades y menor protección social (por ejemplo, como jubiladas) que los hombres; como hijas, hermanas y trabajadoras informales, las mujeres suelen ser las principales —y muchas veces no pagadas, proveedoras de cuidados de salud a largo plazo para quienes sufren enfermedades crónicas; cuando enfocamos la salud desde la óptica del género, podemos observar cómo diversas problemáticas que hasta ahora se habían analizado y tratado de forma aislada como propias de hombres o mujeres, encuentran explicación en factores culturales relacionados con creencias, valores y asignaciones de género profundamente arraigadas.

Incluir el género en las políticas de salud, necesita considerar a las diferentes situaciones de salud con una mirada que vaya más allá de enfocarla sólo como *problemas de mujeres*, es necesario advertir que estas situaciones involucran tanto a mujeres como a hombres y a la sociedad en su conjunto. Incluir a los hombres de manera propositiva en las problemáticas de género en salud puede ser todo un desafío ante las resistencias y la desvalorización del cuidado y la prevención en la cultura masculina predominante. Su impacto ayudaría a repartir la carga del cuidado de la salud, hasta ahora centrada en las mujeres, y propiciaría la atención en aspectos preventivos, así como en el mejoramiento de los modos de vida de los hombres, tanto por su responsabilidad en la salud de la mujer, como en su propia salud física y mental; esto implica voluntad y actitudes abiertas a los cuestionamientos y propuestas que esta visión hace al quehacer institucional, e implica también utilizar un enfoque diferente de programación estratégica, que impulse, desde los liderazgos y direcciones de cada área, una visión diferente del proceso salud-enfermedad-atención y de la relación personal médico-usuarios y usuarias.

## 2. Justificación

La incorporación de una perspectiva de género en salud, necesita considerar a las diferentes situaciones de salud-enfermedad con una mirada que vaya más allá de enfocarlas sólo como *problemas de mujeres*, es necesario advertir que estas situaciones involucran tanto a mujeres como a hombres y a la sociedad en su conjunto lo cual implica un desafío en materia de voluntad y disposición de las autoridades, capacidad técnica, capacitación del personal, sistematización de información y disposición de recursos, entre otros aspectos. Por ello la importancia que tiene la especialización de género en educación cuyo objetivo es de formar especialistas con conocimientos básicos y actualizados en el campo de los estudios de género en educación que les permitan resignificar desde los mismos tanto las políticas en materia de educación, el diagnóstico y diseño de programas de estudios, las estrategias de enseñanza y aprendizaje en el aula y otros espacios escolares, como intervenir en diferentes ámbitos educativos con una ética contraria a cualquier forma de discriminación. El cual es abordado en el trabajo recepcional al diseñar tres estrategias educativas con perspectiva de género para los Grupos de Ayuda mutua de Enfermedades Crónicas no transmisibles, mediante contenidos que permitan sensibilizar, y estimular valores y contenidos de género.

Además, las relaciones de género se ven afectadas por las políticas públicas, ya que éstas pueden contribuir a mantener y profundizar las desigualdades o, por el contrario, promover un desarrollo económico, social y de salud más justo y equitativo en términos de género. Los estudios de género tienen como objetivo incorporar una mirada crítica acerca de las relaciones de poder que se juegan tanto en la institución escolar como en otros espacios educativos, buscando alternativas que favorecen relaciones equitativas entre hombres y mujeres que repercuten en su vida social, política y familiar.

Incluso, podemos constatar que en familias donde viven papá y mamá, es ella quien generalmente se queda a cuidar a una hija o hijo enfermo y la que solicita el permiso en su trabajo para poder hacerlo. Se debe reconocer que, en la familia y la comunidad, por norma de género, las mujeres han tenido el rol tradicional de cuidadoras; han sido quienes más se han hecho cargo de las personas enfermas y de procurar la salud de sus integrantes, a veces, con perjuicio para su propia salud. Para combatir esta problemática, es necesario fomentar que el cuidado de enfermos/as lo compartan todas las personas que integran la familia; hombres y mujeres por igual, cualquier

persona con capacidades, independientemente de su sexo, en una dinámica de corresponsabilidad para el bien de la persona enferma y satisfacción de quienes le atienden.

A lo largo de la sección de antecedentes, se contextualiza el problema y se destacan los elementos que le confieren relevancia, en el marco del quehacer y la investigación en género, que justificaron las elecciones teóricas y metodológicas realizadas. Refiere Lara (2004)

...Los Grupos de Ayuda Mutua tienen como objetivo el coadyuvar a los y las pacientes en el control metabólico de las enfermedades, a través de Estrategias Educativas que promuevan la adopción de un estilo de vida saludable, los cuales constituyen los mejores escenarios para la capacitación voluntaria y periódica con énfasis en el manejo no farmacológico y el autocuidado de la salud, en cada una de las sesiones coordinadas por los y las responsables de cada grupo, son invitados diferentes especialistas a impartir los temas que contempla el currículum de los pacientes con Enfermedades Crónicas, (p.332).

De igual manera, este trabajo recepcional está encaminado a contribuir para que exista la inclusión de perspectiva de género a través de las estrategias educativas implementadas en los Grupos de ayuda Mutua, para que aprendemos a ser hombres y mujeres de acuerdo con el espacio físico, social y cultural en el que nos desarrollamos y convivimos, es un proceso de aprendizaje complejo y dinámico, en el cual se adquiere una base importante en los primeros años de vida, pero que se refuerza y cambia constantemente a lo largo de todo el ciclo de vida.

### **3. Objetivo General**

- Diseñar tres estrategias Educativas con perspectiva de género para los Grupos de Ayuda mutua de Enfermedades Crónicas no transmisibles, mediante contenidos que permitan sensibilizar, y estimular valores y contenidos de género.

#### **3.1. Objetivos Especificos**

- Seleccionar tres estrategias educativas de los GAM EC en las cuales se hará una revisión y análisis minucioso, con la intención de identificar posibles debilidades en la inclusión de la perspectiva de género.
- Diseñar tres propuestas con perspectivas de género en las estrategias educativas seleccionadas, en los Grupos de Ayuda mutua de Enfermedades Crónicas no transmisibles

## 4. Metodología del Trabajo

El desarrollo del trabajo de inclusión de la Perspectiva de Género en los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas Degenerativas no Transmisibles, a través del análisis y la intervención didáctica con estrategias de enseñanza y aprendizaje, en el proceso educativo de naturaleza cualitativa, socio-histórica se ha llevado a cabo a través de una metodología, reflexiva y creativa. Todo ello transversalizado por el paradigma de género

### 4.1 Planteamiento del problema

Mi trayectoria profesional relacionada con la salud y la docencia en diferentes niveles del sistema de salud, unida al enfoque de género y el cómo intervenir en el ámbito educativo y el autocuidado con una ética contraria a cualquier forma de discriminación, a través de los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas Degenerativas no Transmisibles en los 32 estados de la República Mexicana, analizando y diseñando estrategias de enseñanza y aprendizaje mediante contenidos que permitan sensibilizar, estimular valores y contenidos de género, lleva a interesarme en la temática de este trabajo.

Éste es abordado en tres etapas al analizar y diseñar tres estrategias educativas con perspectiva de género para los Grupos de Ayuda mutua de Enfermedades Crónicas no transmisibles.

La primera etapa se caracterizó por la indagación y profundización en los conocimientos generales sobre conceptos básicos acerca de género, políticas públicas, deporte, estadísticas, cuerpo, enfermedad. En este sentido se identificó en palabras de Lagarde, M. (1996) que “cuando no se plantea el desarrollo humano desde el enfoque de género y se esgrime el principio de la equidad, sólo se hace referencia a la equidad entre pueblos, tradiciones, grupos y categorías, pero no se extiende a las mujeres”, (p104). Como indica Valls-Llobet, C. (2006) *pocos profesores enseñan medicina con perspectiva de género*, (p.16) Al enmarcar Del Río, A (2005). *Los roles de género señala que éstos son un fuerte determinante sobre los riesgos de padecer una enfermedad crónica*.

Partiendo de estas ideas básicas, apporto las siguientes definiciones tomadas de Lagarde, M. (1996)

... Perspectiva de género es sinónimo de enfoque de género, visión de género, mirada de género y contiene también el análisis de género. En ciertos lenguajes tecnocráticos se llega a hablar del variante género (como si el género fuera una variante y como si pudiesen compatibilizarse dos perspectivas epistemológicas tan diferentes: una positivista y la otra historicista). Se le llama también el componente género y se le homologa al componente medio ambiente, al componente salud, etc.

Lagarde, M. (2000) *Para la antropología es claro que las características sexuales no implican características genéricas*, (p.85)

Ello me alentó a la construcción de un marco referencial que permitió fundamentar y profundizar cada una de las intervenciones plasmadas en el presente trabajo.

La segunda etapa se realizó al seleccionar tres estrategias educativas de los estados de Jalisco, Queretaro y Guanajuato que se aplican a los grupos de ayuda mutua, para realizar una revisión y análisis minucioso con enfoque de género, con la intención de identificar posibles debilidades y sugerir posibles recomendaciones, relacionadas; para que todas las personas no sufran ningún tipo de exclusión o discriminación, para lo cual, es necesario este paradigma alternativo, en el que tienen derecho a acceder a todos los espacios sin ser silenciadas por su condición de género.

La tercera etapa consistió en incluir la propuesta educativa con perspectiva de género a las tres estrategias elegidas de los Grupos de Ayuda Mutua.

De acuerdo Lagarde, M. (1996) *La igualdad como criterio formal establece la condición general de que todos pueden ser reconocidos como sujetos del pacto, como iguales, mecanismo por el cual podrán salvaguardar sus diferencia*, (p.210).

Todo lo expresado hasta el momento debe enmarcarse en el contexto de una visión mucho más amplia, pues, tal como trataremos a lo largo de este trabajo recepcional, entender el mundo desde la amplitud que proporciona la mirada de las personas, la perspectiva de género, no es sólo enriquecedora sino necesaria en cualquier ámbito social. Por ejemplo, en Arquitectura la importancia de construir espacios urbanos más humanos o viviendas pensadas para facilitar el trabajo doméstico; o la Medicina con su tradicional e inveterada discriminación

## 5. Marco Referencial

En nuestro país, la prevalencia de peso anormalmente elevado, es decir de sobrepeso u obesidad, en adultos es de 72.5%. Como afirma Gutiérrez [et .al] (2012) en La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), menciona que las principales enfermedades son la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la hipertensión arterial y las dislipidemia, las cuales están ligadas al estilo de vida, refiere Gutiérrez, J. P “en México 18,554,000 de adultos han recibido el diagnóstico de diabetes, hipertensión o dislipidemia” (p.42). La importancia de estas patologías es que son la causa principal de otras enfermedades crónicas, por ejemplo, diabetes. Donde Gutiérrez (2012) menciona. En este sentido se ha descrito que el 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad (p. 11); Gutiérrez [et .al] (2012) menciona que:

La prevalencia de sobrepeso y obesidad (34.8%) informada en 2006 en los niños entre 5 y 11 años fue una señal de alarma para el sistema nacional de salud y la población., la obesidad infantil debe seguir siendo considerada como una de las mayores amenazas para la salud de las y los mexicanos. (p.66) los autores de la ENSANUT 2012 estiman que 5 664 870 escolares tienen un peso corporal que los expone a sufrir ECNT en la adultez (p.62).

El análisis conjunto de las cuatro encuestas nacionales permite identificar tres retos mayores a resolver para el control de las ECNT: existe un número creciente de casos en riesgo, un porcentaje alto de los casos con ECNT no están diagnosticados y la efectividad del tratamiento es insuficiente. La historia natural de las ECNT puede ser modificada con acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia y sus complicaciones; Rius (2013) refiere “...La mayoría de los mayores de 50 años con la tensión arterial alta son mujeres, la principal causa de muerte entre las mujeres son las enfermedades cardiovasculares, y, entre los hombres, el cáncer” (p. 46); desde 1993 es obligatorio que todos los ensayos realizados con dinero público incluyan personas de diferente sexo y etnias, y el análisis de sus resultados con criterio de género, sumado a la distinción entre hombres y mujeres en las estadísticas relacionadas con la salud, han evidenciado muchas diferencias y han abierto paso al concepto de medicina de género que señala que las mujeres se regulan mejor el colesterol con un fármaco de pravastatina que de atorvastatina,

que para las menores de 65 años el mejor predictor de riesgo cardiovascular es el colesterol LDL (el llamado colesterol malo), pero a partir de esa edad lo es el HDL (el bueno). Rius (2013) remarco ...La razón, explica, es que hasta hace unas décadas la mujer ha sido invisible para la ciencia y la docencia médica, el hombre era el patrón para medir los niveles normales de glóbulos rojos o de colesterol o los síntomas y la incidencia de las enfermedades porque en los ensayos clínicos habitualmente no participaban mujeres y ni las estadísticas ni las investigaciones médicas diferenciaban por género. Pero eso ha cambiado en las dos últimas décadas (p.52).

Las enfermedades crónicas no transmisibles son, de manera predominante, enfermedades vinculadas al estilo de vida y al comportamiento, afirmó Velzeboer (2017) “Estas enfermedades y los factores de riesgo están muy influenciados por los roles y las expectativas de la sociedad” (p.3 ); algunas de las evidencias de la medicina de género que ya se han divulgado han resultado impactantes, como saber que los infartos de miocardio resultan más mortales en las mujeres que en los hombres, entre otras razones, porque a ellas se les diagnostica más tarde debido a que los síntomas que perciben no siempre coinciden con los asociados tradicionalmente al infarto en hombres: un dolor fuerte en el pecho que se extiende hacia el brazo. Refiere Muñoz (2014)

... Se ha dado menos importancia al diagnóstico de enfermedades cardiovasculares en la mujer porque los médicos tenían la idea de que las hormonas femeninas las protegían y si un hombre llegaba al hospital con dolor en el pecho se le hacían pruebas, pero si era mujer no se le hacía tanta cosa, entre otras razones porque los síntomas previos que tienen no son tan expresivos como el dolor de angina de pecho en el hombre; a veces su dolor es de menor intensidad y no tiene una localización específica, es más errático –hacia el estómago, el cuello o la mandíbula–, y los médicos no le dan tanta importancia” (p.415).

Menciona Del Río (2005)

...En el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de México, hizo un estudio sobre la incidencia de la diabetes en hombres y mujeres en México y encontró que los roles de género eran un fuerte determinante sobre los riesgos de padecer una enfermedad crónica. Con este estudio como base, la Secretaría de Salud de México lanzó una campaña

nacional de promoción de salud, que fue destacada por la OPS en 2008 como una de las Mejores Prácticas que Incorporan la Perspectiva de Igualdad de Género en Salud (p. 21); por su parte Blanco (2011)

...Las diferencias en tasas de enfermedad y de supervivencia entre países son sorprendentes. Las investigaciones muestran que las tasas de mortalidad debidas a ENT son 56% más altas para los hombres y 86% más altas para las mujeres en los países en desarrollo, en comparación con quienes luchan contra las mismas enfermedades en entornos de mayores ingresos. En los países de bajos ingresos las personas mueren de ENT a edades más jóvenes que en los países más ricos. Más de 1.5 millones de muertes por ENT ocurren en personas menores de 70 años. A nivel mundial, aproximadamente el 33% de las muertes debidas a enfermedades crónicas en países de medianos ingresos se producen en menores de 60 años. En países de bajos ingresos, esta cifra aumenta aproximadamente al 44%.<sup>10</sup> Estos promedios nacionales no ponen de manifiesto las extraordinarias diferencias en enfermedades prematuras, discapacidad y mortalidad que existen entre comunidades dentro de un mismo país. En Perú, una investigación reciente mostró una probabilidad cuatro veces mayor de tener múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en los grupos más pobres, en comparación con los más ricos (p. 4).

Aunque las actuales tasas de mortalidad global de las ECNT son similares en hombres y en mujeres, es posible que el futuro de esta epidemia se presente en forma bastante diferente. Nuevas investigaciones revelan una creciente *feminización* de la epidemia de las ECNT como resultado de una mayor esperanza de vida de las mujeres, de riesgos excepcionales asociados con los cánceres femeninos, mayores tasas de obesidad, actividades específicas de género y una persistente marginación social. Estos mayores riesgos siguen sin disminuir dado que los sistemas para la prevención, atención y provisión de servicios para las mujeres fuera de sus años reproductivos, siguen siendo virtualmente inexistentes en países de bajos ingresos; las costumbres sociales y la presión del medio desempeñan un rol importante para expandir el riesgo y fomentar la enfermedad entre las mujeres. La cultura y la tradición que rodea a la actividad física, hace que el deporte sea patrimonio de los hombres y reduce el acceso de las mujeres y las niñas al ejercicio estructurado y

practicado con regularidad. Con estilos de vida cada vez más sedentarios, las tasas de obesidad se han vuelto extraordinariamente altas en mujeres; Valls-Llobet, (2006) asegura que

...Cuesta aceptar que por problemas de estereotipos culturales, sociales y psicológicos estemos invisibilizando los problemas de salud de las mujeres, cometiendo errores en el diagnóstico, realizando exploraciones que no conducen a un fin eficaz y recomendando tratamientos que pueden enfermar o acelerar las enfermedades que pretendíamos tratar (p.124).

Otro sesgo de género que destaca Valls-Llobet (2006) “No es un problema de mala voluntad; la cuestión es que muchos médicos salen de la facultad creyendo cosas que en la vida son otras, porque pocos profesores enseñan medicina con perspectiva de género” (p.96). Enfatiza que las investigaciones médicas tengan en cuenta tanto a hombres como a mujeres ha supuesto un gran avance y permite que en el ámbito de la cardiología ya exista más conciencia médica de que las medidas de prevención y la difusión de los hábitos cardiosaludables han de ser para todos, tanto hombres como mujeres, aunque para ellas es más importante a partir de la menopausia y el foco de atención ha de estar más en los infartos cerebrales que de miocardio; Valls-Llobet (2006) explica que

...Investigadores noruegos han demostrado que las mujeres metabolizan los fármacos de forma diferente –posiblemente por las diferencias enzimáticas en el hígado y la mayor presencia de grasa en el organismo femenino– y que con dosis menores de diazepam presentan niveles en sangre más elevados que los hombres. “Lo habitual es que demos las mismas dosis de medicamento a todos los adultos, y eso hace que la mujer esté más medicada de lo que necesitaría, porque sabemos que los metabolizan diferente por farmacocinética, pero los conocimientos que llegan a los médicos están sesgados porque aún no hay ciencia suficiente (p.159).

Pese a vivir en el siglo XXI, las diferencias entre las proporciones de hombres y mujeres, es grande aún y en sus respectivas áreas, Ruiz (2007) menciona:

...Asegurar que las estadísticas relacionadas con los individuos se recolecten, se procesen, se analicen y se presenten desagregadas por sexo y edad a la vez que reflejen los problemas, asuntos y materias relacionadas con las mujeres y los hombres en la sociedad. Desarrollar una clasificación internacional de actividades para las estadísticas de uso del tiempo que considere las diferencias entre mujeres y hombres en el trabajo remunerado y recoger los respectivos datos, desagregados por sexo. A nivel nacional, dependiendo de las restricciones nacionales: realizar estudios periódicos de uso del tiempo para medir el trabajo no remunerado, registrando incluso las actividades que se llevan a cabo simultáneamente con otras, sean estas últimas remuneradas o no; medir el trabajo no remunerado y mejorar los métodos para reflejar con precisión su valor (p. 32).

Ruiz (2007) afirma.

...El Plan de actuación del Instituto Nacional de Estadística tiene como “objetivo informar a la sociedad sobre cuáles son y en qué consisten las estadísticas. Para el año 2005 explicita que el impulso tanto internacional como nacional de las estadísticas con enfoque de género se debe a la Conferencia de Beijing en 1995. En los últimos años se han creado unidades especiales para desarrollar programas específicos encaminados a destacar temas de género en la producción general de datos estadísticos. En esta línea se enmarca el proyecto en el que se especifica que los Estados miembros, organismos intergubernamentales, y organizaciones no gubernamentales deberán utilizar el análisis de género para examinar las diferencias y disparidades en los roles que desempeñan las mujeres y los hombres, el desequilibrio de poder existente en sus relaciones, sus diferentes necesidades, las oportunidades y limitaciones a las que tienen que enfrentarse, y cómo éstas determinan diferencias en su exposición a factores de riesgo, en los síntomas, en la gravedad y frecuencia de las enfermedades, en las consecuencias sociales y culturales de la enfermedad y como se crean desigualdades en el acceso a las tecnologías, la información, los recursos y la atención sanitaria (p33).

Diferentes enfermedades y problemas de salud emergentes en mujeres y diferentes a los de los hombres, derivados de su incorporación al *trabajo* remunerado en ciertos sectores económicos y actividades; así como los problemas derivados de la doble y triple jornada, en este tema Ruiz (2007) Cantero destaca

...producir información sobre la calidad de la atención que reciben las mujeres en función de las actitudes y creencias de los profesionales sanitarios. El ámbito relacionado con el desigual acceso a los recursos sanitarios, pero también otros como los educativos y económicos, está necesitado de nuevos conocimientos, por ser la consecuencia más inmediata de la discriminación y exclusión de la mujer en las sociedades. Estas desigualdades pueden ser factores de riesgo para la salud. Las diferencias y desigualdades en salud de las mujeres en comparación con los hombres o viceversa serán principalmente respecto a las anteriores dimensiones de la salud. Los determinantes de las mismas van más allá de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, estando relacionados con la identidad y los roles de género, los cuales a su vez están influidos por la ideología predominante en la sociedad (patriarcado y androcentrismo) y por la socialización de las normas y valores establecidos en dicha sociedad (p.37).

Éste es un ejemplo del pensamiento categórico sobre el género (Connell, 2013), “el cual, en su forma más común, toma una clasificación dicotómica de los cuerpos como una definición completa del género”. Esto es cercano a la mirada esencialista y de sentido común respecto al género, propia de las culturas de origen europeo, donde la masculinidad y la feminidad son vistas como los opuestos naturales que expresan el contraste entre cuerpos masculinos y femeninos, y al sentido común de la cultura médica moderna, con su énfasis en procesos y clasificaciones biológicas, y su gusto por métodos cuantitativos de investigación.

La teoría posestructuralista del género, al enfatizar los procesos culturales, dice poco de procesos económicos, vida organizacional, intereses materiales o formas del poder no discursivas. Por ello, no ofrece mucha luz sobre las dinámicas del género en la economía política de la salud, la *salud de los hombres* y la *salud de las mujeres* son reconocidas como áreas problemáticas que se extienden más allá de la reproducción biológica, la salud ocupacional, en donde las

consecuencias en el cuerpo están claramente producidas por la organización social del trabajo. Incluso hay paradojas, pues las dinámicas de poder que organizan las categorías del género y las fronteras demarcadas alrededor de éstas, significan que un patrón marginal de las prácticas de género puede en sí mismo ser considerado un problema de salud. Así, la elección *inadecuada* del objeto del deseo o la identidad de género *equivocada* fueron vistas durante mucho tiempo por la psiquiatría como patológica, Fisher, 2009 menciona:

...La fuerza de trabajo del sector salud está también generizada. El antiguo contraste entre la medicina masculinizada y la enfermería feminizada ha sido parcialmente erosionado, debido a nuevos patrones en las relaciones de género. Aun así, los hombres en enfermería tienden a estar concentrados en especialidades altamente tecnologizadas. A la vez, la dimensión íntima y corporal de la enfermería requiere de los hombres particulares estrategias para negociar el campo minado de su presencia como enfermeros, especialmente cuando tratan con pacientes mujeres (p. 2667)

Las instituciones a través de las cuales la atención en salud es impartida, como los hospitales, las clínicas y los consultorios privados, tienen también regímenes de género bien definidos. Las dinámicas de los regímenes de género influyen la planeación del cuidado de la salud que se da a través de tales instituciones Schofield, (2002) “Las inequidades de género en cuanto a voz y autoridad que están en la estructura de tales instituciones han marginado constantemente los intereses de las mujeres, y, por ello, han desencadenado reacciones” (p.76). Ésta fue la dinámica política del género que llevó al surgimiento del movimiento por la salud de las mujeres, y que está aún presente en los debates actuales sobre las políticas sobre género y salud; comprender el género y la salud según Conell (2013) “empieza con un énfasis en las relaciones de género, pero sólo reconoce una dimensión de tales relaciones: el poder de los hombres sobre las mujeres, y no conecta tal poder con las escenas transnacionales” (p.67).

## **6. Análisis**

Dentro del marco de acción específico de Diabetes 2013-2018 de la secretaria de salud se establece como línea de acción prioritaria la integración y desarrollo de los grupos de ayuda mutua de enfermedades crónicas (GAMEC). Éstos se refieren a los grupos de las unidades de primer nivel de atención en salud en la República Mexicana, éstos se conforman por un mínimo de 5 y un máximo de 20 integrantes de 20 años y más de edad que presentan; diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias. A través de estos grupos se realiza un proceso educativo de ayuda mutua, el cual está coordinado por el personal de salud con la finalidad de fortalecer la adherencia terapéutica, para coadyuvar al control metabólico de sus enfermedades empoderándolos hacia el auto cuidado.

## 6.1 Estrategias Educativa No.1 Ejercicio físico e inclusión en personas sanas y con discapacidad

Tabla 1. <i>Ejercicio físico e inclusión en personas sanas y con discapacidad</i>	
DICE	ANALISIS
<p><b>GUIÓN DE LA DINÁMICA.</b></p> <p>El docente les pide a los asistentes con buena movilidad, apoyar a los pacientes que se encuentran en silla de ruedas para integrarse en una fila</p>	<p>Se identifica: lenguaje no incluyente</p> <p>Propongo: se deben emplear términos y expresiones que sirvan para visibilizar a los dos géneros tanto través del lenguaje cotidiano y el empleado en las estrategias orales y escritas, como materiales didácticos para promover la igualdad.</p>
<p><b>ESTRATEGIA DE FORMACIÓN</b></p> <p>1.2 El coordinador explica a los pacientes la esencia de practicar una serie de ejercicios con pelota que permita adecuarse, ajustarse y adaptarse a las características y necesidades específicas del paciente, donde la inclusión sea el factor primordial que detone la buena práctica física-recreativa y sana convivencia.</p>	<p>Se identifica: uso de lenguaje sexista y no incluyente</p> <p>Sugiere: el uso de lenguaje cada vez menos sexista y más inclusivo, la aplicación de metodologías colaborativas que permite el contacto con personas de diferentes condiciones facilitando esta cercanía de superación de prejuicios y la construcción de relaciones personales basadas en el respeto y la convivencia</p>

<p style="text-align: center;"><b>REFLEXIÓN FINAL DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA</b></p> <p>Los asistentes en bipedestación, refieren “asombro”, al observar la actitud, alegría, que tienen las personas postradas en silla de ruedas.</p> <p>Los asistentes en silla de ruedas, refieren lo siguiente; “Jamás pensé moverme de esta manera, a pesar de sentirme limitado por músculos que ya no puedo mover”, moví otros que creo, estaban a punto de atrofiarse”.</p>	<p>La utilización de un lenguaje no sexista que se base en el empleo de nombres masculino, femenino epicenos y genéricos permite el reconocimiento de la presencia y la contribución de todas las personas al mantenimiento y desarrollo de la vida cotidiana y de las disciplinas científicas.</p> <p>la actividad física que posibilite comprender las desigualdades evidenciadas en su práctica, cuyos análisis permitan pasar de la identificación de barreras y soportes, temas como el trabajo, el uso del tiempo, el cuerpo, los discursos sobre el movimiento y la belleza se tornan relevantes para comprender la actividad física como un estilo de vida saludable.</p>
<p>Tabla 1. <i>Ejercicio físico e inclusión en personas sanas y con discapacidad.</i> [Elaboración propia].</p>	

### 6.1.1. Desde la Perspectiva de Género Tema No.1 Ejercicio físico e inclusión en personas sanas y con discapacidad

Los papeles asignados según el género, desplazan o segregan a las mujeres de funciones de variadas actividades y las colocan en posición subordinada. El caso que nos ocupa no es la excepción, en el deporte la tradicional división familiar de tareas, prejuicios y tradiciones se conjugan para acotar, circunscribir, la participación de las mujeres en las prácticas y las competencias; Dosal (2017) señala que

...México es un claro caso de exclusión deportiva de la mujer y parcialmente hasta del hombre. El número de personas físicamente inactivas sigue aumentando y las mujeres no sólo se ejercitan menos que los hombres en todos los grupos de edad, sino que dedican menos tiempo a las prácticas semanales (INEGI, 2016). Según la Encuesta Nacional de Cultura, Lectura y Deporte (2015) señala que 72% de las mujeres no practican deporte alguno (p.129).

Pese a la importancia de la práctica deportiva sistemática, los avances en la incorporación plenamente del sexo femenino, han sido particularmente lentos. El primer intento se dirigió a sumar más niñas y mujeres en las prácticas deportivas. Luego se cambiaron los términos del paradigma, más al deporte como medio de indicar la plena participación femenina en la sociedad, romper estereotipos sexistas y la separación artificial entre deportes para hombres y para mujeres (Humberstone, 2006). Ese importante cambio de enfoque ya ha sido implantado en varios países, pero todavía persisten resistencias y prejuicios, incluso en las concepciones básicas de políticas deportivas de los países; de esta manera, podemos distinguir que una sociedad regida por la racionalidad del mercado en donde se compra la belleza y la delgadez, se revela una situación paradójica, “la Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta sobre la obesidad como epidemia mundial y la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) sobre la desnutrición a nivel también mundial... pero ambas como enfermedades de la pobreza” Aguirre (2004) menciona que “la mayoría de los gordos no son ricos sino pobres y la gordura está situada en el polo opuesto de la belleza. Categoriza a los gordos como personas autocomplacientes, débiles de carácter y abandonadas en todo lo que se refiere al cuidado personal” (p.34); Dosal Ulloa (2017) menciona:

...Son varios los requisitos a satisfacer con el propósito de ganar equidad de género en el diseño de las políticas deportivas. Se trata de exigencias claras recogidas repetidamente por diversos organismos internacionales, en especial por la Comisión de Bruselas de la Unión Europea. En síntesis, las propuestas procuran ganar equidad de género en las diversas dimensiones de las políticas e instituciones deportivas: en los puestos directivos; en la composición de los profesores y entrenadores; en la decisión de combatir estereotipos dañinos (machismo, feminismo): en los sesgos de los medios de comunicación; en la voluntad política de usar el deporte en el combate a la violencia de género (p.128).

En términos prácticos, fomentar el deporte con equidad de género implica la adopción de algunas (pocas) medidas macrosociales combinadas con un buen número de acciones microsociales, frecuentemente independientes. En el primer terreno importa que en las estrategias

nacionales de carácter social se otorgue prelación a la igualación de la protección social por sexos; al suministro de servicios y ayudas al trabajo doméstico en congruencia con el ascenso de la incorporación femenina a los mercados de trabajo; a la promoción deliberada de la inscripción de mujeres a instituciones educativas de todos los niveles; a flexibilizar las prácticas presupuestarias de gobiernos y organizaciones privadas a favor del fomento al deporte; la noción de lo femenino está asociada, entre otras cosas, a la maternidad, a lo que es dado por la naturaleza, al hecho de engendrar y parir. Éste es el eje de la feminidad desde lo patriarcal, que se articula con la idea del sexo como procreación y deslegitima la sexualidad como placer. De ahí deriva la idea de *lo femenino* vinculado a dulzura, delicadeza, al cuidado, a ser más para los otros que para sí, al lugar de la emoción, de los afectos, de los sentimientos, de la intuición. Lo femenino es atribuido predominantemente a las mujeres, las cuales, en Cumplimiento del mandato cultural, deben asumir el papel de madre esposa-ama de casa, liderar una familia y ser su pilar emocional.

La obra de Young, sin embargo, como en la de la propia De Beauvoir, indican que “el cuerpo de la mujer es una situación social y cultural, más que un hecho biológico, de manera que es la relación del cuerpo con el mundo la que ayuda a comprender esa subordinación que marca la situación típica de ser mujer en el mundo” (p.415). El hombre existe como sujeto, mientras que la mujer es cuerpo.

...Young pone de manifiesto que el género se crea a partir de un conjunto de relaciones comunes entre individuos que resultan posicionados en estructuras tales como la división sexual del trabajo, la heterosexualidad normativa o las relaciones de poder atendiendo a roles de género. De esta manera, señala la autora, las mujeres son agrupadas conjunta y pasivamente dentro de la estructura, de forma que no tienen por qué sentir conciencia de grupo político como tal, y mucho menos, una identidad común. Esa relación entre individuos que son agrupados pasivamente por estructuras sociales es lo que Sartre denomina práctico-inerte e implica que los atributos de aquella unidad son estructurales, y no creados por los miembros del grupo” (2000, p. 286).

La familia, por otra parte, está condicionada a la reproducción, el cuidado y a una distribución no equitativa de los papeles a desempeñar, la maternidad aún aflora como una manera de retener a las mujeres en el hogar y de hacerlas renunciar a la autonomía. La sociedad, en sus diversas instancias de organización, continúa siendo patriarcal. Evidencia de ello son las exigencias en cuanto a la organización de tiempo y espacio por género, en este sentido, las actividades se realizan como si la vida pública fuera la más importante. Desde esta visión, las mujeres muchas veces son excluidas, se sienten excluidas o se autoexcluyen de la participación en actividades muy complejas o de dirección que conspiran contra el tiempo que, por mandato cultural, deben emplear en la vida doméstica. Esto esencialmente ocurre por la insuficiente redimensión de los roles de género tradicionales a la vez que por la perpetuidad patriarcal que continúa privilegiando los espacios públicos para hombres y los privados para mujeres.

Desde mi análisis la escasa presencia de las Mujeres en las actividades físicas, el carácter androcéntrico de los deportes, el tratamiento desigual recibido por las chicas en el deporte tradicional de tareas, prejuicios y tradiciones inherentes a la mujer, como la maternidad que retiene a la mujer en el hogar y las hace renunciar a la autonomía, el lenguaje excluyente respecto a género y deporte, parece estar zanjado hasta el día de hoy, con respecto a las lecturas que realicé, los modelos femeninos observados en televisión, series animadas, revistas y cine que crean estereotipos construidos a través de modelos que emanan de la sociedad en la que vivimos, y en las que se vuelcan prácticas de género en las que las mujeres somos excluidas y autoexcluyentes en la participación deportiva por un mandato cultural donde debemos emplearnos en la vida doméstica y del cuidado a la familia esto ocurre por la deficiente redimensión de los roles de género tradicionales y la perpetuidad patriarcal; debemos fomentar el deporte con equidad de género desde una perspectiva igualitaria donde hay que flexibilizar a las personas a favor del fomento del deporte.

Mi postura es la siguiente: por un lado y, en principio, no existe ningún motivo que pueda justificar que los seres humanos sufran discriminación alguna independientemente de sus características individuales, sean sexuales, étnicas o de cualquier otro tipo, y, segundo, que el origen del androcentrismo, de la dominación del hombre sobre la mujer, no puede justificarse por las diferencias biológicas, sino que son, fundamentalmente, de origen socio-cultural.

## 6.2. Estrategia Educativa No. 2: Apreciando mi Cuerpo

Tabla 2 <i>Apreciando mi cuerpo</i>	
DICE	ANALISIS
<p><b>OBJETIVO.</b></p> <p>Conocer las partes del cuerpo sanas y enfermas, ser consciente de esa parte del cuerpo como un todo.</p>	<p>Varones y mujeres somos reconocidos por el cuerpo. Todas las culturas construyen sus significados corporales desde sus propios lenguajes y cosmovisiones. Como dice la teórica feminista mexicana Marta Lamas (2002, p. 8) aceptar que el sujeto no está acabado sino que es construido en sistemas de significados y representaciones culturales, requiere asumir el hecho de que está encarnado en un cuerpo sexuado”.</p> <p>Rius en su trabajo "La Salud según el Género" dice...la mayoría de los mayores de 50 años con la tensión arterial alta son mujeres la principal causa de muerte entre las mujeres son las enfermedades cardiovasculares, y, entre los hombres, el cáncer” (2013, p. 46).</p>
<p><b>GUIÓN DE LA DINÁMICA</b></p> <p>Al centro del pizarrón o de una hoja de rota folio se traza la silueta grande de una persona. Se invita al grupo a pasar una a una a dibujar los órganos principales y partes internas y externas del cuerpo. Al momento de pasar al pizarrón cada persona tendrá que decir por ejemplo: “Yo aprecio mis manos,</p>	<p>La construcción social del cuerpo se nos impone como un ideal normativo que configura nuestra identidad, tanto frente a nosotros mismos como frente a los demás, en unas complejas interacciones inter e intra personales. La presión social mediante las representaciones metafóricas de los cuerpos, categorizados como masculino o femenino, nos bombardea con propuestas estereotipadas y antagónicas para ambos sexos, teniendo en común una representación ideal de cuerpos perfectos.</p>

<p>porque me permiten saludar y acariciar”.</p> <p>Todos irán dibujando y diciendo, al mismo tiempo, por qué aprecian esa parte de su cuerpo.</p>	
<p>Tabla.2. <i>Apreciando mi cuerpo</i>. [Elaboración propia].</p>	

<p>Tabla 2.1 <i>Apreciando mi cuerpo</i></p>	
<p>DICE</p>	<p>ANALISIS</p>
<p><b>REFLEXION FINAL</b></p> <p>El grupo tenga claro que el objetivo del ejercicio es la valoración de nuestro cuerpo. Inicia con el grupo una reflexión acerca de ¿qué tanto me conozco?, ¿qué parte de mi cuerpo puedo reconocer con mayor facilidad?, ¿qué parte de mi cuerpo no puedo reconocer?, ¿qué parte de mi cuerpo reconozco?, ¿Qué imagen tengo de mi mismo/a? Y ¿Qué no me gusta de mi cuerpo?, etc.</p>	<p>La corporalización es un fenómeno cultural y es en el contexto de la cultura que asumimos el cuerpo, de esa misma forma y por la entramada relación con la cultura es que hacemos nuestro cuerpo (Butler, 2008).</p> <p>Propongo: métodos cooperativos y se hace una llamada de atención respecto a ser críticos con los mensajes sexistas que puedan proceder de los materiales empleados, (tanto valores adjudicados a hombres y mujeres presentes a ellos y como la ausencia de estas) revisarlos y promover la igualdad</p>
<p>Tabla 2.1. <i>Apreciando mi cuerpo</i>. [Elaboración propia].</p>	

### 6.2.1. Desde la Perspectiva de Género el Tema 2: Apreciando mi Cuerpo

El cuerpo es el referente principal que tenemos de las demás personas. Es el cuerpo el medio de transmisión de los significados sociales en las interrelaciones. Muñiz (2014) indica que “Este cuerpo debe verse más allá del modelo cartesiano que separa mente-cuerpo. Ver el cuerpo sólo como ente biológico implica que se percibe al cuerpo como un fenómeno prediscursivo ajeno al género” (p.412); la construcción social del cuerpo se nos impone como un ideal normativo que configura nuestra identidad, tanto frente a nosotros mismos como frente a los demás, en unas complejas interacciones inter e intra personales. La presión social mediante las representaciones metafóricas de los cuerpos, categorizados como masculino o femenino, nos bombardea con propuestas estereotipadas y antagónicas para ambos sexos, teniendo en común una representación ideal de cuerpos *perfectos*; el progreso científico y médico genera unas soluciones técnicas que cambian el significado del cuerpo, Jerez (1994) menciona

...Los profesionales médicos juegan un papel importante legitimando y difundiendo las nuevas tecnologías, tanto en el espacio político como en la sociedad. La finalidad es doble: por un lado, la aceptación de la práctica y, por otro, la obtención de órganos, espermatozoides y óvulos, que se utilizarán para los trasplantes y para la reproducción asistida. Los médicos se convierten en redistribuidores del cuerpo y contribuyen de este modo a una redefinición del inicio y del fin de la vida humana, (p. 173).

Scott (1996) distinguió 4 elementos principales de la categoría género: “El ámbito simbólico, los conceptos normativos expresados en normas religiosas, científicas, legales, etc., las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género como la familia o el mercado de trabajo segregado por sexos y, por último, la identidad”, (p.82); la utilización del cuerpo de las mujeres desde la ciencia, bajo la justificación de solucionar determinados problemas creados por la norma social, se pone de manifiesto en distintos momentos del ciclo vital. Alemany Anchel, M<sup>a</sup> José, & Velasco Laiseca, Javier (2008) opinan que

...Desde la prescripción de anticonceptivos, la reproducción asistida, la excesiva utilización de medicamentos e instrumentos para acelerar el proceso del parto, o la medicalización durante el climaterio y la menopausia, el discurso científico contribuye al ideal de la eterna juventud y al de la maternidad, como único destino de las mujeres: la medicalización de la experiencia de las mujeres está al servicio de una racionalidad utilitaria, en la que óvulos, úteros, cuerpos a medida del deseo masculino y fármacos taponan el malestar de una cultura discriminatoria que lejos de cuestionarse el modelo de relaciones, cierra los ojos a los interrogantes abiertos por la medicalización abusiva, los efectos psicológicos de la exigencia por poseer un cuerpo ideal o de la intervención tecnológica sobre el cuerpo de las mujeres (p.41).

La visión de un cuerpo “natural” que da origen a sensaciones y emociones da paso a una mirada novedosa sobre la influencia de la cultura y sociedad en eso que llamamos cuerpo natural. El sujeto no se incorpora hasta que procesa los modelos sociales de lo que se espera incorporar. En las culturas occidentales, el cuerpo entonces viene a ser la representación social de los dictámenes aprendidos y procesados, que trascienden lo biológico y encarnan procesos culturales que varían de acuerdo a la experiencia del sujeto; una forma de ejercicio del poder que tiene por objeto los cuerpos y por objetivo su normalización, es la disciplina, esta tecnología obliga a la homogeneidad anulando todo aquello que se escape de la norma. *La disciplina es una técnica de ejercicio de poder que no fue totalmente inventada sino elaborada en sus principios fundamentales durante el siglo XVIII* (Foucault 1975, p. 162). Es decir, construida a partir del momento en que el ejercicio monárquico del poder se volvió demasiado costoso y poco eficaz. Como se presenta en *Vigilar y castigar*: Foucault (1975) “*Ha habido, en el curso de la edad clásica, todo un descubrimiento del cuerpo como objeto y blanco de poder. Podrían encontrarse fácilmente signos de esta gran atención dedicada entonces al cuerpo, al cuerpo que se manipula, al que se da forma, que se educa, que obedece, que responde, que se vuelve hábil o cuyas fuerzas se multiplican*” (p.168)

La ciencia y las actuales prácticas corporales han permitido que en las sociedades contemporáneas el cuerpo de los sujetos represente algo más que sus capacidades físicas, que adquiera una importante significación para la autogestión de la propia existencia al tener la posibilidad de construirse a la medida de sus deseos. En la concepción actual del sujeto, el cuerpo es una creación más de la empresa personal. Muñiz (2014) menciona que “La sociedad prepara y alienta a los individuos para procurarse un cuerpo que ostente juventud, delgadez y sensualidad; en tanto que debemos rechazar el cuerpo decadente, envejecido o discapacitado” (p.416); las prácticas dirigidas al mantenimiento y mejora del cuerpo se perciben como el medio para realizar el proyecto personal, así como la manera de derrotar la muerte y la decadencia individual. Muñiz (2014) también menciona en *Cuerpo y Corporalidad*

Las prácticas de belleza, principalmente la cirugía cosmética, han afianzado la idea de la instrumentalidad del cuerpo; la noción del cuerpo máquina modificable y reparable se alimenta con la convicción de que dichas prácticas prueban la toma del cuerpo en propia mano, por parte de las mujeres (p.269).

La generación de conocimientos que no toma en cuenta la perspectiva de género y su posterior aplicación, tanto en la práctica sanitaria como en las políticas de salud, pueden seguir perpetuando las desigualdades en la salud de mujeres, transgénero, transexuales, intersexuales, queer. y hombres; donde el sistema sexo-género impacta en la salud de las personas generando, así, desigualdades en salud, lo cual se deriva del modelo biomédico donde solo existen dos sexos definidos primero; naturalmente, biológicamente, genéticamente, hormonalmente, lo cual tiene consecuencias sociológicas después. Pero la categoría de sexo no tiene una existencia a priori, por el contrario, es una noción política que funda la sociedad heterosexual como algo que tiene legitimidad natural. La función social de la sexualidad es regular el deseo erótico y reproducir el orden social que la sostiene. No sólo proscribire, sino que también prescribe la heterosexualidad, en tanto forma de gestión del deseo erótico.

Afirma Colina (2019)

...La ideología cultural heteronormativa se plasma en normas y reglas institucionales que le otorgan ventajas a las relaciones heterosexuales por sobre las homosexuales, consideradas menos morales o peores, donde la enfermedad funciona

como un dispositivo de control social al señalar como causa del mal a quienes no se adecuan al statu quo. La dolencia pasa a ser el producto del incumplimiento de ciertas normas sociales. Es conservadora en tanto herramienta de integración y segregación. Es así como la medicina y la salud pública contribuyen a delimitar lo deseable de lo indeseable e identificaron supuestos grupos de riesgo entre colectivos estigmatizados. (p.16)

El orden sociocultural configurado sobre la base de la sexualidad definida históricamente se expresa a través del género. En este caso se hace referencia a una construcción simbólica que integra los atributos asignados a las personas a partir de su sexo; Fox (1995) plantea que “la primera tarea, la más obvia del trabajo en el género, es dividir los cuerpos físicos en masculinos y femeninos” (p. 145); la diferencia sexual se resignifica socialmente y se expresa en un orden de género binario: masculino-femenino, dos modos de vida, dos tipos de subjetividad, de atributos eróticos, económicos, sociales, culturales, psicológicos, políticos, dos modos de sentir y de existir. Muñiz (2007) opina:

La búsqueda de la belleza y la perfección ha desplegado una de las industrias más exitosas. Los cosméticos, los tratamientos, las clínicas y salas de belleza, llamadas ‘estéticas’, así como las modificaciones faciales y corporales, son constitutivas del dispositivo de la corporalidad; son un conjunto de prácticas complejas que, por un lado, podemos considerar como alegorías de la reapropiación de los cuerpos y formas de expresión de la consabida auto creación de la identidad, y por otro como mecanismos disciplinarios en el proceso de controlar los cuerpos (p.417).

Las diferentes funciones sociales y estilos de vida repercuten en la *salud de los hombres*, ya que una mujer no puede recibir asistencia porque la prioridad es atender a los familiares. Si se vuelve al marco social de las desigualdades, no se debe olvidar que el grupo que cumple con la definición social de marginadas, son las mujeres. También es cierto que aún por otras determinantes, la salud de las mujeres se encuentra sistemáticamente perjudicada, en concreto, hay suficientes evidencias de desigualdad en la accesibilidad a los centros sanitarios para igual necesidad, siendo las mujeres, lesbianas, homosexuales etc. Las/los que tienen mayor problema de acceso. También, los tiempos de demora y de espera desde los primeros síntomas hasta la atención

sanitaria son mayores en las mujeres, pese a los avances ocurridos en los últimos 25 años, el enfoque de género continúa encontrando fuertes resistencias a ser considerada como relevante, y el área de la salud no es excepción, la incorporación de la perspectiva de género en el desarrollo de la práctica en salud, encaminada a superar estereotipos tradicionales para valorar y reconocer los roles de género en el ámbito de la salud.

Butler, 2006 El género es un constructo social, histórico, y por tanto sujeto a reformas. Es una forma cultural de configurar el cuerpo. No es un sustantivo sino un hacer, un performance continuo. “Soy alguien que no puede ser sin un hacer” (p.16).

### 6.3. Estrategia educativa No.3 Atención Médica

Tabla 3 <i>Atención Médica.</i>	
DICE	ANALISIS
<p style="text-align: center;">Objetivo:</p> <p>Facilitar el apego al tratamiento farmacológico a través de la implementación de un calendario semanal en el que se registren los horarios de consumo durante el día y la dosificación correspondiente a cada medicamento recetado.</p>	<p>Gastaldo (1997) se enfoca en el asunto de la educación en salud, ejemplo fundamental de la biopolítica moderna. Las agencias de prevención y promoción de la salud se han manifestado como los mecanismos o las técnicas de adiestramiento de los cuerpos en la era moderna. Se resalta que estos discursos han contribuido a la administración de los cuerpos individuales y sociales introduciendo saberes, pero también técnicas de vigilancia y disciplina miento de la vida.</p>
<p style="text-align: center;">Instrucciones</p> <p>Este calendario ha sido pensado en personas sin conocimientos adquiridos de lectura y escritura, por lo que se sugiere que el llenado del calendario se realice a partir del uso de claves, colores, o dibujos como se muestra a continuación.</p> <p>Los pacientes que tengan conocimientos de lectura y escritura pueden hacer el registro en el calendario escribiendo los nombres y dosificación recetada</p>	<p style="text-align: center;">Rose (2012)</p> <p>La racionalidad médica resulta medular dentro de la configuración misma de los Estados modernos en el sentido de que produce los cuerpos individuales y sociales que la integran. El carácter político de la medicina es claro, no en el sentido de una suerte de estrategia represora o ideológica, sino en el plano de la configuración de unas realidades específicas (pp.201).</p>
Tabla 3 Atención Médica. [Elaboración propia].	

### 6.3.1. Desde la Perspectiva de Género el Tema 3: Atención Médica

La necesidad de asumir un enfoque de género en el abordaje de los problemas de salud es tratar precisamente de visibilizar las múltiples formas en las cuales las construcciones de género producen situaciones de inequidad que afectan la salud, y de analizar las normas culturales que "naturalizan" dichas diferencias, haciéndolas parecer inmodificables. En el campo de la salud el desafío radica en demostrar y estudiar cómo el género influye en el proceso salud-enfermedad-atención. Las formas en que mujeres y hombres buscan los servicios de atención de la salud difieren debido a las diferencias de las funciones, oportunidades y expectativas propias de cada sexo; Valls-Llobet (2006) refiere que "No es un problema de mala voluntad; la cuestión es que muchos médicos salen de la facultad creyendo cosas que en la vida son otras, porque pocos profesores enseñan medicina con perspectiva de género" (p.96).

Las formas en que mujeres y hombres buscan los servicios de atención de la salud difieren debido a las diferencias de las funciones, oportunidades y expectativas propias de cada sexo. Entre los factores culturales que explican dichas actitudes para las mujeres, se encuentra su participación en las decisiones que afectan a su salud, lo que debe promoverse y potenciarse desde la atención, los valores y papeles escindidos para cada género tienen reconocimiento social diferenciado; esta construcción cultural pretende, apoyándose en tales diferencias, establecer una dicotómica jerarquización que acentúa la supremacía de lo masculino como valor y convierte lo diferente en desigual. Es éste el punto cardinal de la cultura patriarcal: las relaciones de poder de género Harding (2010) menciona que:

...Lo masculino (atribuido a los hombres) se erige como supremo sobre lo femenino (atribuido a las mujeres). Los hombres aparecen como dueños y dirigentes del mundo, de sus familias, mujeres, hijos e hijas. Los hombres deben desempeñarse en la vida pública, ése es su espacio, para lo cual deben ostentar sabiduría, poder y demostrar excelencia, eficacia, racionalidad. Este espacio es visible, tangible, es el único donde el trabajo es remunerado, medible. Lo femenino se ubica en el ámbito privado, doméstico, familiar, del cuidado a los otros, de los afectos, de la reproducción de la vida, del trabajo no remunerado, invisible, y que aparece como propio de las mujeres por naturaleza. Ellas están "mejor dotadas" para el ámbito

privado y sus exigencias, por lo que se les ha impedido históricamente el acceso a la educación, al saber, a la cultura, a la ciencia, al trabajo fuera del hogar y al poder que de ello se deriva, para que, de este modo, no se vea afectada la “función natural” esencial, para la cual han sido ‘destinadas’ (p.312).

Diana Maffía(2007) afirma

...los científicos y científicas están determinados socioculturalmente. Una de estas determinaciones es el género, es decir, la redimensión cultural de las diferencias sexuales, los roles asignados y las relaciones humanas condicionadas en virtud de ello. Entonces, hay que hacer evidente cómo el producto del trabajo científico, supuestamente neutral posee un sesgo sexista (p.25).

Las mujeres quedan excluidas del saber científico en tanto se identifican con el lugar de la emoción, los afectos y la intuición. La noción tradicional de objetividad presenta a la ciencia como una actividad hostil para las mujeres, pues sus métodos y definiciones entran en colisión con la construcción social de feminidad, las críticas feministas de Harding (1996) sostienen que esta “dicotomización constituye una ideología en el sentido fuerte del término en contraste con las creencias falsas, sesgadas a favor de unos valores que carecen de poder social, estas creencias estructuran las políticas y prácticas de las instituciones sociales incluida la ciencia” ( p.217); Diana Maffía (2007) refiere, así mismo, que:

...la exclusión de las mujeres en la ciencia impide su participación en las comunidades epistémicas que construyen y legitiman el conocimiento, y contribuye a eliminar las cualidades femeninas de tal construcción y legitimación, a su vez, la visibilidad de las mujeres en las ciencias pone hoy en cuestionamiento su invisibilidad histórica tanto en los sistemas teóricos, como en las metodologías de investigación, las tecnologías e instituciones científicas. La diferencia y jerarquización de género atraviesan todas estas instancias (p.29).

El análisis de género es detractor del orden patriarcal de la sociedad (desigualdad, injusticia, jerarquías) que resulta nocivo, opresivo y enajenante. La perspectiva de género implica una mirada

ética del desarrollo y la democracia para enfrentar la inequidad, la desigualdad y la opresión, es una toma de posición crítica y una proposición de alternativas para el cambio, las instituciones a través de las cuales la atención en salud es impartida, como los hospitales, las clínicas y los consultorios privados, tienen también regímenes de género bien definidos, el trabajo en la salud de los hombres y el trabajo en la salud de las mujeres pueden tener diferentes prioridades en diferentes momentos, pero no son campos separados de manera radical o acaso hay salud para mujeres y salud para hombres.

Las desigualdades en salud son diferencias evitables. El análisis de género trata de averiguar cómo el sistema sexo-género impacta en la salud de mujeres y hombres, pues en ciertos casos, el sistema sexo-género afecta al estado de la salud de los hombres mientras que perjudica sistemáticamente a la salud de las mujeres, la estrategia educativa deberá contar con metodologías colaborativas y cooperativas para facilitar el contacto y participación de diferentes personas, la utilización de lenguaje no sexista que permite el reconocimiento de la presencia y contribución de todas las personas y la superación de roles sexuales tradicionales, la importancia de no transmitir mensajes sexistas de modelos de hombres y mujeres acostumbrados.

## **7. Propuesta Educativa con Perspectiva de Género**

### **7.1. Estrategia Educativa No. 1: Ejercicio Físico e Inclusión en Personas Sanas y con Discapacidad.**

#### **Propuesta de cambio.**

Educación física adaptada para la inclusión de las personas que presentan discapacidades motrices

#### **Objetivo.**

Implementar ejercicios básicos, a través de movilización con pelota de vinil, dirigido a pacientes sanos y con discapacidad motriz, para propiciar una cultura de ejercicio inclusiva y evitar la aparición de distrofia muscular a temprano avance.

#### **Propuesta de cambio**

Implementar ejercicios básicos adaptados , en la asunción de roles activos en la parte de todos y todas independientemente de sus características y peculiaridades evitando la discriminación por características personales, sexuales y sociales, así como los comportamientos agresivos y las actitudes de rivalidad a través la movilización con pelota de vinil para propiciar una cultura de ejercicio como un recurso que posibilita que todas y todos participen en la actividad física como medio de exploración y se relacionen, mejorando las funciones metabólicas y aprendan un entorno inclusivo.

#### **Duración:**

- 45-60 minutos

#### **Material a utilizar:**

- Pelotas de vinil

#### **Propuesta de cambio**

- Ausencia de barreras arquitectónicas
- Supresión de obstáculos
- Espacios bien delimitados

- Evitar pendientes pronunciadas
- Pelotas de vinil

### **Desarrollo de la actividad. Estrategia de formación**

Conformar los equipos de trabajo de manera que impliquen la participación de varones y mujeres en igualdad de condiciones, las y los asistentes con buena movilidad, apoyar a pacientes que se encuentran en silla de ruedas para integrarse en una fila. (3 minutos), frente a la pared a una distancia aproximada de 2 metros, intercalando un paciente en silla de ruedas, con uno de movilidad completa. (2 minutos).

**Propuesta de cambio.** El o la profesora explica, presenta o comenta la actividad a desarrollar.

Se pedirá a las personas para el trabajo de ejercitación, que es factible la utilización de formación en filas e hileras que impliquen la participación de varones y mujeres establecer como norma que no se pueden elegir dos chicos o dos chicas seguidas sino alternando, las y los asistentes con movilidad completa, apoyar a los y las pacientes que se encuentran en silla de ruedas para integrarse en una fila frente a la pared a una distancia de 2 metros, intercalando un/una paciente en silla de ruedas, con uno de movilidad completa. (2 minutos), al distribuir las personas, asegurarse de que los alumnos (varones) no ocupan espacios más favorables, más grandes y/o mejor ubicados que las alumnas, ya que ellos tienden a dominar el territorio; para ello, se podrían crear hábitos de distribución y uso equitativo del espacio.

Las mujeres y los adultos mayores han ido avanzando en la sociedad y se han integrado en el mundo de la Educación Física y el deporte, debemos aprovechar al máximo las ventajas que nos brinda la Educación Física, no solo para el trabajo actitudinal y de los valores de la persona, sino también para el desarrollo de la autonomía y autoestima, pues éstas mejoran en la medida que lo hace nuestra motricidad y potenciar y desarrollar la actividad física sin dejar influir por ningún tipo de condicionante o limitación relacionada con sexo, ya que es un medio excelente de socialización y un instrumento de recuperación de las capacidades físicas menguadas por el paso de los años y la práctica de un estilo de vida alejado de la actividad física, que permite a las personas

adultas mayores y a las mujeres transitar hacia un estilo de vida activo, acorde a su edad y atendiendo actividades factibles de realizar en correspondencia a sus capacidades físicas actuales.

Imagen 1. Pacientes que presentan actividad física



Imagen 1. Lisandro D.(2019) Pacientes que presentan actividad física de la fotografía Recuperada del grupo de ayuda mutua de Jalisco

### **Ejercicio 1. Auto lanzamientos a dos manos, por arriba de la cabeza.**

Sujetando la pelota a dos manos, por arriba de la cabeza, las personas con movilidad completa, trotan estáticamente (elevación de piernas rápido, en su propio lugar). Deberán de lanzar la pelota por arriba de su cabeza hacia la pared y recibirla con la misma posición de los brazos estirados. Lanzar a una distancia de 2 metros. Es importante mantener los brazos estirados.

Imagen.2 Pacientes que presentan actividad física en conjunto



Imagen 2. Lisandro D.(2019) Pacientes que presentan actividad física en conjunto de la fotografía Recuperada del grupo de ayuda mutua de Jalisco

8

Adecuación\*. Las personas con discapacidad motora, deberán de lanzar en las mismas condiciones, con la diferencia de que si existe dificultad al atrapar la pelota pueden acercarse a la pared.

Duración del ejercicio. 1-2 minutos.

### **Reflexión final de la estrategia educativa**

- Los/Las asistentes en bipedestación, refieren *asombro*, al observar la actitud, alegría, que tienen las personas postradas en silla de ruedas.
- Los/las asistentes en silla de ruedas, refieren lo siguiente; “Jamás pensé moverme de esta manera, a pesar de sentirme limitado por músculos que ya no puedo mover”, moví otros que creo, estaban a punto de atrofiarse”.

Las y los asistentes en bipedestación, mencionan que este tipo de ejercicios donde se fomenta la inclusión, les hace ver y sentirse a todos y todas por igual, donde cada quien hace su mayor esfuerzo, para poder lograr los movimientos. Refieren que al observar a las personas en silla de ruedas, su esfuerzo y disposición, les hace sentir con mayor valor para no darse por vencidos, ante cualquier adversidad, ya que les toman a ellos y ellas como prueba viviente del ¡Si se puede!

### **Propuesta de cambio**

Colaborar activamente en el desarrollo de los juegos de grupo, mostrando una actitud de aceptación hacia las y los demás, de superación de las pequeñas frustraciones que se pueden producir, permitir la colaboración entre todos y todas las personas del grupo clase, al respeto y consideración de todos los compañeros y compañeras sin excepciones; el área de Educación Física, nos brinda la posibilidad de realizar un trabajo coeducativo muy significativo, pues desde la misma, se facilita la adquisición de actitudes y valores que favorecen la igualdad de género; la coeducación conlleva valores tales como la cooperación, respeto, ayuda, solidaridad, tolerancia, igualdad, los hombres y las mujeres tienen un sistema óseo-articular constituido por huesos que son los que determinan la fragilidad y salvo minúsculas diferencias son los mismos huesos en las mujeres que los hombres, siendo así ambos, igual de frágiles o de rígidos, en conclusión, podemos decir que , las diferencias entre hombres y mujeres, entre niños y niñas no tienen un origen sexual, sino más bien social.

## **7.2. Estrategia Educativa No.2: Apreciando mi Cuerpo.**

### **OBJETIVO.**

Conocer las partes del cuerpo sanas y enfermas, ser consciente de esa parte del cuerpo como un todo.

### **Propuesta de cambio**

Favorecer en los y las pacientes la toma de conciencia acerca de la importancia de conocer su cuerpo como algo que les pertenece, así como valorar cada una sus partes sanas y enfermas; adoptando y desarrollando hábitos de salud y bienestar corporal.

**DURACION;** 45 Minutos

### **MATERIAL A UTILIZAR**

- Lista de asistentes
- Espacio físico adecuado
- Papel Bond (tamaño rotafolio)
- Plumones de colores
- Láminas o diapositivas.

### **GUION DE LA DINAMICA**

Al centro del pizarrón o de una hoja de rota folio se traza la silueta grande de una persona. Se invita al grupo a pasar una a una a dibujar los órganos principales y partes internas y externas del cuerpo. Al momento de pasar al pizarrón cada persona tendrá que decir por ejemplo: “Yo aprecio mis manos, porque me permiten saludar y acariciar”. Todos irán dibujando y diciendo, al mismo tiempo, por qué aprecian esa parte de su cuerpo.

## **Propuesta de cambio**

El o la profesora explica, presenta y comenta la actividad a desarrollar, donde se solicitará a los y las pacientes que cada uno/a dibuje en el papel bond la silueta de una persona con los órganos principales y partes internas y externas de su cuerpo que conozca y que consideren importantes y para qué sirven. Al momento de pasar al pizarrón cada persona tendrá que decir, por ejemplo: “Yo aprecio mis manos, porque me permiten saludar y acariciar”. Todos irán dibujando y diciendo, al mismo tiempo, por qué aprecian esa parte de su cuerpo, se realiza un listado de cualidades positivas de sí mismos/as y de su cuerpo. Recordando que todos y todas tienen capacidades y pueden valorar sus órganos sin sesgos o estereotipos, el /la docente explica el concepto de salud y los cambios que se producen cuando el cuerpo está enfermo, ilustrándolos con imágenes proyectadas en diapositivas o con láminas para así facilitarle la explicación, sensibilizando al grupo de clase, que englobará la no discriminación, el rechazo a la rivalidad, la aceptación del otro con sus diferencias y capacidades.

### **Reflexión Final**

Que el grupo tenga claro que el objetivo del ejercicio es la valoración de nuestro cuerpo. Inicia con el grupo una reflexión acerca de ¿qué tanto me conozco?, ¿qué parte de mi cuerpo puedo reconocer con mayor facilidad?, ¿qué parte de mi cuerpo no puedo reconocer?, ¿qué parte de mi cuerpo reconozco?, ¿Qué imagen tengo de mi misma? Y ¿Qué no me gusta de mi cuerpo?, etc.

## **Propuesta de cambio**

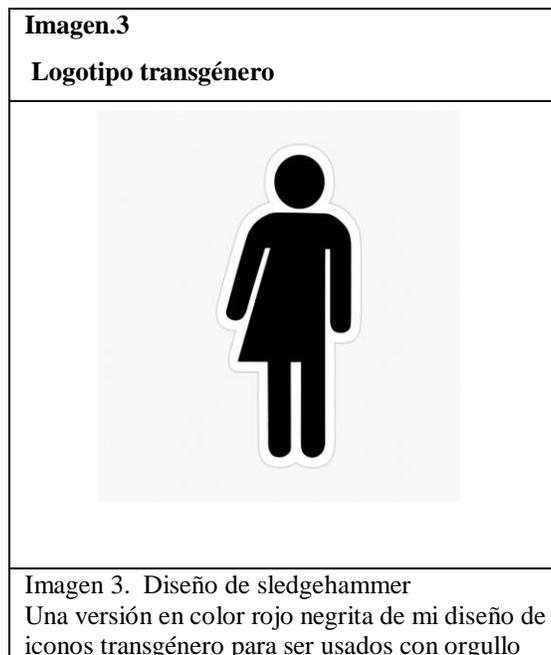
Tomando significación los temas relacionados con el cuidado y valoración de su cuerpo, la participación activa en las sesiones, el desarrollo de las capacidades del individuo, la importancia de su autonomía, el esfuerzo y superación de dificultades. Se insiste en el respeto y la aceptación de todas las personas sin excepciones. Lo que podríamos llamar un trabajo de sensibilización general del grupo clase, que englobará la no discriminación, el rechazo a la rivalidad, la aceptación del otro con sus diferencias y capacidades, huir de los estereotipos que presentan: a mujeres u hombres por sus atributos sexuales, como objetos de deseo, ligando su éxito a su físico, a lo bien

que se conservan... y no a sus virtudes, cualidades, preparación, etc.; la ciencia y las actuales prácticas corporales han permitido que en las sociedades contemporáneas el cuerpo de los sujetos represente algo más que sus capacidades físicas, que adquiriera una importante significación para la autogestión de la propia existencia al tener la posibilidad de construirse a la medida de sus deseos.

Las agencias de prevención y promoción de la salud se han manifestado como los mecanismos o las técnicas de adiestramiento de los cuerpos en la era moderna. Se resalta que estos discursos han contribuido a la administración de los cuerpos individuales y sociales introduciendo saberes, pero también técnicas de vigilancia y disciplinamiento de la vida, resaltar la importancia del conocimiento del cuerpo y de la apreciación del mismo en positivo: si lo quiero y lo cuido, no permito que nadie lo dañe.

### **Propuesta de cambio**

Presentar la variedad de personas que existen: en edad, en complexión física, clase social, modo de vestir, lugares en los que se vive, familias de distinto tipo.



**Imagen.4**

*Ilustração do corpo humano contorno.*

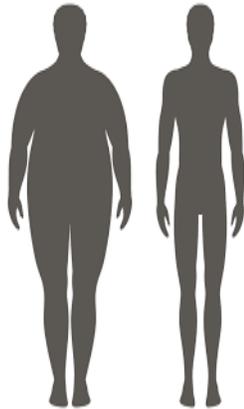


Imagen 4. Homem mulher  
Iconos de sobre peso Vectores e ilustraciones de stock sin royalties

**Imagen.5**

**Tran-mujer,hombre.**



Imagen 5. Dibujos por asociación libre con la palabra inductora en relación con la transición y la transformación de la participante Trans-mujer 2 costarricense y 2 de la Trans-mujer brasileña 35 - San José, Costa Rica, 2015.

**Imagen.6 Silueta del cuerpo femenino**

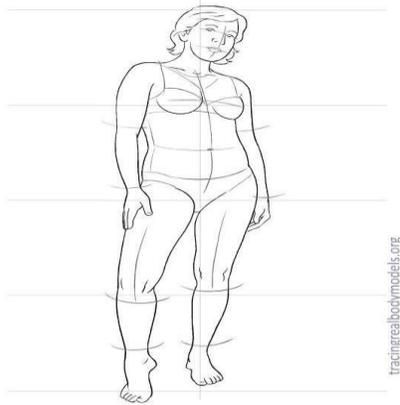


Imagen 5. Trancingrealbodymodels.org.  
Ilustración vectorial de una mujer antes y después de la pérdida de peso. Dieta exitosa y concepto de deporte. Chicas delgadas y gordas.

**Imagen.7**

*Diversidad*



Imagen 4. Homem mulher  
Iconos de sobre peso Vectores e ilustraciones de stock sin royalties

### 7.3. Estrategia Educativa No.3: Atención Médica.

#### Propuesta de cambio

#### Estrategia Educativa No.3: Atención a la salud

#### Objetivo:

Facilitar el apego y autonomía al tratamiento farmacológico a través de la implementación de un calendario semanal el que se registren los horarios de consumo durante el día y la dosificación correspondiente a cada medicamento recetado.

#### Propuesta de cambio

Favorecer la autonomía y el cuidado en las mujeres como en los hombres, favoreciendo el apego al tratamiento farmacológico a través de la implementación de un calendario semanal el que se registren los horarios de consumo durante el día y la dosificación correspondiente a cada medicamento recetado.

#### Instrucciones:

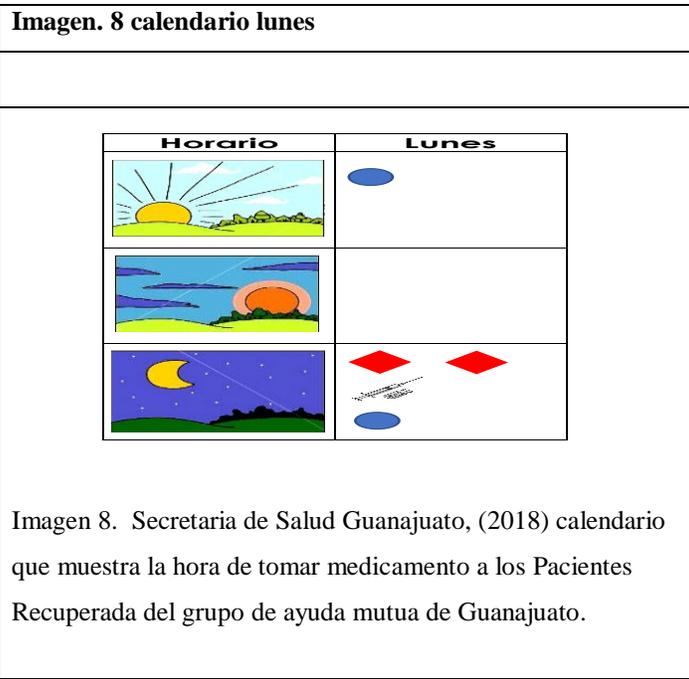
Este calendario ha sido pensado en las personas como alternativa para las personas que no saben leer y escribir, por lo que se sugiere que el llenado del calendario se realice a partir del uso de claves, colores, o dibujos como se sugieren a continuación.

- Se comenzará por asignar a cada medicamento recetado un símbolo, color, o dibujo con el que pueda ser identificado en lugar de su nombre común, por ejemplo:

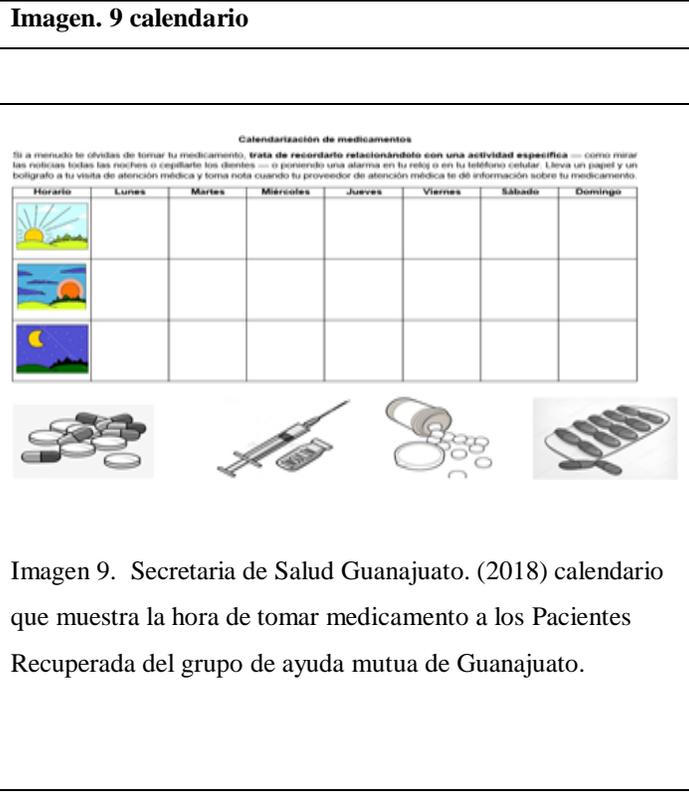
Metformina: ● Pravastatina: ◆ Insulina Glargina:



- Posteriormente se registrará en el calendario el horario en el medicamento debe de ser consumido y de ser necesario la dosis en que ha sido recetado, Como se muestra en este ejemplo, se ha recetado al paciente una tableta de metformina por la mañana y una más por la noche. De Pravastatina se ha recetado tomar dos tabletas por la noche y finalmente se ha recetado la aplicación de unidades de insulina glargina igualmente por la noche.



Se sugiere recomendar a las y los pacientes colocar el calendario en un espacio dentro de la casa o algún otro lugar estratégico en el que sea visible y frecuenten de manera constante a lo largo del día, con el objetivo de recordar puntualmente la toma de medicamentos.



## **Reflexión final**

Es muy importante tener en cuenta que actualmente el término familia engloba diferentes formas, como son las familias monoparentales, la participación de los/as abuelos/as en la organización familiar, familias homo-parentales, etc. Por ello, a la hora de elegir a la persona, se debe tener en cuenta que sea la persona (hombre o mujer) cuidadora principal.

## **Propuesta de Cambio**

En el campo de la salud el desafío radica en demostrar y estudiar cómo el género influye en el proceso salud-enfermedad-atención. Las formas en que mujeres y hombres buscan los servicios de atención de la salud difieren debido a las diferencias de las funciones, oportunidades y expectativas propias de cada sexo. Las mujeres proceden de clases bajas o medias, que son mentalidades en las que en general no se ha dado ninguna importancia a la educación, y en menor grado a la de la mujer

Hasta hace unas décadas la mujer ha sido invisible para la ciencia y la docencia médica, el hombre era el patrón para medir los niveles normales de glóbulos rojos o de colesterol o los síntomas y la incidencia de las enfermedades porque en los ensayos clínicos habitualmente no participaban mujeres y ni las estadísticas ni las investigaciones médicas diferenciaban por género, las mujeres han tenido el rol tradicional de cuidadoras; han sido quienes más se han hecho cargo de las personas enfermas y de procurar la salud de sus integrantes, a veces, con perjuicio para su propia salud. Para combatir esta problemática, es necesario fomentar que el cuidado de enfermos/as lo compartan todas las personas que integran la familia; hombres y mujeres por igual, cualquier persona con capacidades, independiente-mente de su sexo, en una dinámica de corresponsabilidad para el bien de la persona enferma y satisfacción de quienes le atienden.

Incluir a los hombres de manera propositiva en las problemáticas de género en salud puede ser todo un desafío ante las resistencias y la desvalorización del cuidado y la prevención en la cultura masculina predominante. Su impacto ayudaría a repartir la carga del cuidado de la salud, hasta ahora centrada en las mujeres, y propiciaría la atención en aspectos preventivos, así como en el mejoramiento de los modos de vida de los hombres, tanto por su responsabilidad en la salud de la mujer, como en su propia salud física y mental.

## 8. Conclusiones

La revisión teórica de diferentes fuentes me ha permitido conocer y analizar los aspectos de equidad de género en los que hay que incidir para facilitar el paso de la transversalización de la perspectiva de género en el programa de trabajo de los Grupos de Ayuda Mutua, las propuestas de cambio en las estrategias educativas, fueron construidas a partir de una significativa búsqueda de fuentes bibliográficas, las cuales apuntan así a la metodología de aprendizaje, la didáctica, el lenguaje empleado, materiales utilizados, la orientación laboral y profesional, así como aquellos aspectos en los que es necesario incidir para promover la igualdad de géneros, por lo que considero que el objetivo general de diseñar estrategias educativas con perspectiva de género para los Grupos de Ayuda mutua de Enfermedades Crónicas no transmisibles, mediante contenidos que permitan sensibilizar, y estimular valores y contenidos de género; en su contenido es preciso y sirve para el propósito inicial, pero tendrían que ser validadas por personas expertas en la materia.

Las expectativas ante las personas nunca deben darse por sentadas, es importante dejar constancia de éstas de modo que se les oriente con respecto a los logros en la valoración y cuidado personal de las enfermedades crónicas que conforman nuestro entorno, el lenguaje inclusivo debe emplearse, así como términos y expresiones que sirvan para visibilizar a los diferentes géneros a través del lenguaje cotidiano que se base en el empleo de nombres masculinos, femeninos epicenos y genéricos. Todo ello permitirá el reconocimiento, la presencia y contribución de todas las personas al mantenimiento y desarrollo de la vida cotidiana y disciplinas científicas; además de evitar la igualación de lo masculino a la totalidad de la población, proporcionando a las personas referentes diversas en los que puedan mirarse.

Esta situación me lleva a reflexionar sobre el papel que las diferentes agencias socializadoras ejercen en la configuración de los imaginarios asociados a los roles de género y a recordar que las formas en que son transmitidos los valores de género son tanto conscientes como inconscientes. El lenguaje, las acciones de la vida cotidiana, la ropa, el trabajo, las relaciones familiares, les dan a las mujeres y los varones los elementos para comportarse de acuerdo con el género asignado y para elaborar su autoimagen. Esta inequidad de género se expresa en que para los hombres varones hay menor cantidad de programas asistenciales; hay menor insistencia en

campañas de educación para la salud y el autocuidado y hay menor consideración, afecto, solidaridad y ternura.

Lo anterior me lleva a la conclusión de que me parece importante reflexionar críticamente que incluir el género en las políticas de salud implica un desafío en materia de voluntad y disposición de las autoridades, capacidad técnica, capacitación del personal, sistematización de información y disposición de recursos, entre otros aspectos. Con respecto a los modelos de las políticas públicas en salud, en particular en lo que se refiere al predominio de intervenciones individuales y al énfasis en elementos ligados al ámbito biomédico, de modo de complementar o mejorar las estrategias con intervenciones que involucren activamente a las comunidades y grupos sociales. Ya que éstas pueden contribuir a mantener y profundizar las desigualdades o, por el contrario, promover un desarrollo económico, social y de salud más justa y equitativa en términos de género.

Una visión transversal de la equidad de género en los programas y áreas de trabajo, nos guiará, por un lado, a analizar la situación de hombres y mujeres en nuestra propia institución, en lo relacionado con la organización del trabajo, las políticas internas, la toma de decisiones, la distribución de los recursos, el acceso a estímulos y la capacitación y ascensos en igualdad de condiciones. Por otro lado, nos orientará en la incorporación de la perspectiva de género en cada una de nuestras acciones de prevención y atención a la salud dirigidas a mujeres y hombres en sus diferentes edades y condiciones sociales, en este sentido cada política supone un aprendizaje con respecto a la anterior así como una forma diferente de abordar el problema de la desigualdad de género, donde partir de la cultura como un libreto cognitivo, se retoma la idea de estructura profunda de las organizaciones, que se basa en valores acerca de lo que se debe hacer y cómo se debe hacer, y se caracteriza por suposiciones básicas sobre las que se asientan rutinas y procedimientos estándar, así como por la existencia de creencias arraigadas acerca de las normas de género y otras perspectivas marginales que pueden presentar resistencias al cambio en las instituciones de salud.

## 9. Referencias

- Aguirre, P. (2004), *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Alemaný, M. (2008). Género, imagen y representación del cuerpo. *Index de Enfermería*, 17(1), 39-43. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962008000100009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962008000100009&lng=es&tlng=es).
- Alvariñas, M. (2018). Estereotipos de género en Educación Física, una revisión centrada en el alumnado. *Revista electrónica de investigación educativa*, 20(4), 154-163. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.24320/redie.2018.20.4.1840>
- Blanco, A.(2011). “*Enfermedades no transmisibles en las Américas: construyamos un futuro más saludable*” (2011). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud Recuperado de: [https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-ops-oms&alias=1063-entamericas2011&Itemid=688](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms&alias=1063-entamericas2011&Itemid=688)
- Butler, J. (2008). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/3495/butler1%20corpos.pdf?sequence=1>
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. (Marzo de 2019). *Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas: lineamientos de operación 2019*. Ciudad de México: CENAPRECE. Recuperado de: <http://198.211.107.167:8080/sivegam/archivos/Linea.%20GAM%20EC%202019-FEBRERO%20DE%202019.pdf> [acceso vía usuario y contraseña].

- Del Río, A (2005). *Una introducción para tomadores de decisiones*, Guadalajara, México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7598.pdf>
- Dosal, R. (2017). *Deporte y equidad de género. Economía UNAM*, 14(40), 121-133. Recuperado en 16 de febrero de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-952X2017000100121&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-952X2017000100121&lng=es&tlng=es).
- Colina, C.(2009). *La homofobia: heterosexismo, masculinidad hegemónica y eclosión de la diversidad sexual*. Razón y Palabra [en línea]. (67), [fecha de Consulta 14 de Junio de 2020]. ISSN: 1605-4806. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199520725011>
- Connell, R. (2013). *Género , salud y teoría: conceptualizando el tema en perspectiva mundial y local*. Nómadas (Col), (39),63-77. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1051/105129195005>
- Gastaldo, D. (1997). *Is health education good for you? Re-thinking health education through the concept of bipower*. En: Petersen A., y Bunton R. Foucault, health and medicine (pp. 113-132).. London: Routledge.
- Gobierno de la republica Mexicana (2019). *Plan Nacional de Desarrollo (2019-2024)* Recuperado de: <http://gaceta.diputados.gob.mx/PDF/64/2019/abr/20190430-XVIII-1.pdf>
- Gutiérrez, J. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Fisher, Y. (2009). *Parental Involvement: Implementing a theory*. US-China Education Review, 6[11], 33-45. US-China Education Review. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/230754080\\_Fisher\\_Y\\_2009\\_Parental\\_Involvement\\_Implementing\\_a\\_theory\\_US-China\\_Education\\_Review\\_611\\_33-45](https://www.researchgate.net/publication/230754080_Fisher_Y_2009_Parental_Involvement_Implementing_a_theory_US-China_Education_Review_611_33-45)

Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Fox, K. (1995) “*La paradoja de la subjetividad científica*” en: Fried Schnitman, Dora, Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad, Barcelona: Editorial Paidós: 143-181.

Jerez, M. (1994). El cuerpo humano ante las nuevas tecnologías médicas: Hacia Una redefinición del nacimiento y la muerte. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (68), 173-196. DOI:10.2307/40183762, Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/40183762?seq=1>

Harding, S. (2010) .*Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*, editorial Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades Universidad Nacional Autónoma de México, 2010, pp. 399 Recuperado de: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/ceiich-unam/20170428032751/pdf\\_1307.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/ceiich-unam/20170428032751/pdf_1307.pdf)

Kuhlmann, E. (2010), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*, Basingstoke, Palgrave. London: Macmillan.

Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid: horas y Horas. ,13-18, Recuperado de: <https://desarmandolacultura.files.wordpress.com/2018/04/lagarde-marcela-genero-y-feminismo.pdf>

Lagarde, M. (2000). Claves feministas para la autoestima de las mujeres. Madrid: horas y Horas. ,27, Recuperado de:

<https://diariofemenino.com.ar/documentos/Marcela%20Lagarde%20-%20Claves%20feministas%20para%20la%20autoestima%20de%20las%20mujeres.pdf>

Lamas, M. (2002). *Cuerpo: Diferencia sexual y género*. Apuntes Universitarios, antropología y Fisiología, México, DF Taurus. Recuperado de: [http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wpcontent/uploads/2016/03/articulos/010\\_01.pdf](http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wpcontent/uploads/2016/03/articulos/010_01.pdf)

Lara, Esqueda, (2004). Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. *Archivos de cardiología de México*, 74(4), 330-336. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S140599402004000400012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140599402004000400012&lng=es&tlng=es).

Maffía, D. (2007). Epistemología feminista: La subversión semiótica de las mujeres en la ciencia". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12(28), [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S131637012007000100005&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131637012007000100005&lng=es&tlng=es)

Muñiz, E. (2014). Pensar el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza y feminidad. Una necesaria mirada feminista. *Sociedade e Estado, revista electrónica*, 29(2), 415-432. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200006>

Muñiz, E. (2007). Cuerpo y corporalidad. Lecturas sobre el cuerpo. En: Aguilar, Miguel Ángel; Reid, Anne (Ed.). *Tratado de psicología social. Perspectivas socioculturales*, p. (265-282) Barcelona: Anthropos-Universidad Autónoma Metropolitana-I. Recuperado de: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922014000200006](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200006)

Rius, M. (2013). La salud según el género. *La Vanguardia Vida. Revista Electrónica*, 12(4). 46. Recuperado de: <https://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20131220/54397328987/la-salud-segun-el-genero.html>

- Rose, N. (2012). *Políticas de vida. Biopolítica, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Argentina, Buenos Aires: Editorial Universitaria. Recuperado de: <https://cursosupla.files.wordpress.com/2017/08/rose-n-polc3adticas-de-la-vida-2012.pdf>
- Ruiz, M. (2007) *Guía de estadísticas de salud con enfoque de género: análisis de Internet y recomendaciones*, España, Alicante. Recuperado de: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/43739/1/guiaEstadisticasSaludEnfoqueGenero.pdf>
- Schofield, T. (2002), “*Das Konzept des Geschlechterverhältnisses in Forschung, Politik und Praxis*”, en: Klaus Hurrelmann y Petra Kolip, (eds.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich*, Berna, Verlag Hans Huber, pp. 67-83. Recuperado de: <https://epdf.pub/gender-in-interaction-perspectives-on-feminity-and-masculinity-in-ethnography-an.html>
- Scott, J. (1995). Género: una categoría útil de análisis histórica. *Educação & Realidade*, 20(2). 71-99. Recuperado de: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>
- Olaiz, G. (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos*. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de: [https://www.insp.mx/encuestoteca/Encuestas/ENSA2000/OTROS/ensa\\_tomo2.pdf](https://www.insp.mx/encuestoteca/Encuestas/ENSA2000/OTROS/ensa_tomo2.pdf)
- Valls-Llobet, C. (2006). *Cuerpo, diferencias y desigualdades. Mujeres Invisibles*. España: De Bolsillo.
- Velzeboer, M. (2017). Uruguay:” *Las mujeres y los hombres enfrentan diferentes riesgos de enfermedades crónicas*”. Organización Panamericana de Salud (OPS) Recuperado de: [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=309:las-mujeres-hombres-enfrentan-diferentes-riesgos-enfermedades-cronicas&Itemid=227](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=309:las-mujeres-hombres-enfrentan-diferentes-riesgos-enfermedades-cronicas&Itemid=227)

Young, I. (1990), *Justice and the Politics of Difference*, Princeton University Press. Madrid, Ediciones Cátedra.

Zarembeg, G. (2013). *Redes, reglas y recursos: incorporación de la perspectiva de género en la política pública mexicana*. México; FLACSO.

