

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

ESTILOS DE VIDA DE LA MUJER ADULTA DE LA REGION METROPOLITANA

Dras. LILIANA JADUE HUND*, XIMENA BERRIOS CARRASOLA**

Cuando hablamos de los problemas de salud de las mujeres, generalmente tratamos los problemas asociados al embarazo y parto, o los del ámbito de la Ginecología, y se le resta importancia a otros aspectos de la salud de la mujer. Por otro lado, al hablar de salud del adulto, por su magnitud se destacan los problemas de los hombres, y poco se habla de las mujeres, excepto para mencionar que su situación es más favorable que la de los varones. En ciertos aspectos esto es cierto, pero es sólo una parte de la verdad. Hoy en día se hace difícil pensar en las mujeres como el "sexo débil", al ver que éstas se han incorporado al mundo de los hombres en muchos aspectos. Así, campos tradicionalmente masculinos han dejado de serlo, y podemos encontrar mujeres manejando taxis o vehículos pesados, en labores de la construcción e incluso participando en ligas femeninas de fútbol. Como contrapartida, los varones participan más en las actividades del hogar y en la crianza de los hijos. Pero esta integración no es perfecta, aunque se avanza a grandes pasos, y tiene aspectos positivos y negativos. Por ejemplo, el acceso a la educación es semejante al de los hombres, las mujeres son mejores alumnas, reprobando y abandonando menos cursos. Hay pocas diferencias con los hombres, y éstas están asociadas a la edad, como el analfabetismo, que es un problema de pequeña magnitud en Chile, y afecta especialmente a mujeres de mayor edad.

En el mundo del trabajo distinguimos entre las labores domésticas y el trabajo en el mercado económico. Culturalmente, el trabajo doméstico está indivisiblemente asociado a la condición de mujer y éstas lo realizan independientemente de su integración a otras actividades productivas.

La participación de la mujer ha crecido notablemente en el mercado económico en las últimas décadas, pero es un hecho conocido que las mujeres perciben rentas menores que los hombres por iguales tareas. Las razones son por discriminación directamente por su sexo, especialmente en edades

fértiles, o porque no se les asignan cargos de mayor rango, aunque sí se les entrega mayor responsabilidad.

En el área de la salud observamos avances, tales como una mejor atención del embarazo y parto, que se traducen en un descenso de la mortalidad materna de 30 a 4,7 por 10.000 nacidos vivos entre 1960 y 1991. Es importante destacar que el aborto inducido aún es un importante componente de estas muertes, situación que puede y debe evitarse.

Las mujeres tienen tasas de mortalidad más bajas que los varones en todos los grupos de edad y la esperanza de vida al nacer para el quinquenio 1985-1990 es 7 años mayor, alcanzando a 75,1 años (68,1 años para los hombres).

Entre las principales causas de mortalidad de las mujeres encontramos las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las enfermedades del aparato respiratorio, situación similar a la de los varones, pero los accidentes y traumatismos son de menor importancia. A estos grupos de causas los identificamos en general como las Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Adulto (ECNTA).

Analizar la morbilidad es difícil, por todas las limitaciones que tiene el conocer realmente cuándo y de qué enferman las personas. De un total de 895.523 egresos hospitalarios femeninos en 1989, 46% correspondió a causas obstétricas, seguidas por enfermedades del aparato digestivo con 9%, del aparato respiratorio y genitourinario con aproximadamente 6% cada uno, y tumores y traumatismos con 4,5% cada uno.

Sin embargo, debe considerarse que los egresos informan sólo de la demanda satisfecha de las enfermedades que requieren hospitalización. En el caso de las consultas, se sabe que las mujeres sobre los 15 años consultan con mayor frecuencia que los hombres; en las edades pediátricas esta diferencia no existe. Sobre las causas más frecuentes de consulta, éstas dependen del servicio, lugar y grupo socioeconómico que se analice.

Otra área de importancia es la participación de la mujer

* Instructor. Departamento de Salud Pública.

** Profesor Adjunto, Departamento de Salud Pública

como proveedora o agente de salud, porque ella es el espejo que refleja sus creencias, conocimientos y actitudes en la salud de toda la familia, conformando un estilo de vida. Ella es la intermediaria del proceso de promoción y prevención en salud para sus hijos, definiendo el estilo de vida de la familia. Los programas de vacunación, nutrición, adquisición de hábitos de higiene, desarrollo sicomotor del niño son exitosos cuando son plenamente incorporados a la vida diaria por sus madres. Esta doble condición, como objeto y agente de salud, nos deben hacer pensar en la importancia de incluir actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, favoreciendo los estilos de vida sanos, en los programas de salud orientados a las mujeres, que serán doblemente rendidoras. Al respecto, un punto negativo es que las mujeres han adquirido, entre otros, estilos de vida y hábitos, llamados Factores de Riesgo, tradicionalmente masculinos, como fumar y consumir alcohol, modificando negativamente sus perfiles de morbilidad y mortalidad.

Ya mencionamos que las ECNTA, encabezadas por las enfermedades cardiovasculares, engloban las principales causas de mortalidad de las mujeres. Para la mujer, como objeto de salud, este hecho tiene importancia porque éstas son prevenibles, ya que dependen, en parte, de los estilos de vida y factores de riesgo de las personas. Estos factores de riesgo son comunes a todas ellas, aunque su importancia relativa sea diferente para cada enfermedad. El mecanismo específico de acción de cada uno no está totalmente esclarecido, pero ello no es necesario para tomar acción y evitar el daño que producen. Los más importantes para las enfermedades cardiovasculares han sido identificados, y son:

- el consumo de tabaco,
- el consumo de alcohol,
- el sedentarismo,
- la obesidad,
- la hipertensión,
- la hipercolesterolemia.

Hay otros factores de riesgo que también son importantes, como dieta inadecuada, osteoporosis, diabetes, estrés, factores genéticos, edad, sexo y raza, que participan en la génesis de las enfermedades cardiovasculares y de otras ECNTA, pero su contribución al daño es más difícil de evaluar, es menos conocida o simplemente no son modificables.

El Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica ha estudiado simultáneamente los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares en la Región Metropolitana en una muestra aleatoria de población adulta (mayor de 15 años). Para ello, se visitaron 605 hogares, donde se examinaron 728 mujeres, realizando una encuesta administrada sobre factores de riesgo y la medición del peso, talla y presión arterial. En una submuestra (412 mujeres) se midió perfil lipídico en condiciones de ayuno. En 1993, todas las personas de la submuestra fueron revisadas y examinadas con las mismas técnicas. Los resultados pueden verse en la Tabla 1.

Los criterios de riesgo para cada factor son:

- Tabaquismo: fumador diario u ocasional.

Tabla 1. Prevalencias (%) de los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles del adulto en una cohorte de mujeres mayores de 15 años. Región Metropolitana, 1988 y 1992

	1988 %	1992 %
Tabaquismo	40,3	44,6
Consumo de Alcohol	19,2	29,8
Sedentarismo	77,4	80,1
Hipertensión Arterial	10,9	17,6
Obesidad	26,5	39,9
Colesterol \geq 200mg%	34,0	46,1
Colesterol HDL $<$ 35mg%	10,2	17,1
Colesterol LDL $>$ 160mg%	8,7	18,4
Índice Col.T/HDL $>$ 5	14,3	28,1
Triglicéridos \geq 250mg%	6,3	4,8

Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica, 1993.

- Consumo de alcohol: presente o ausente.
- Sedentarismo: menos de 2 sesiones de ejercicio físico de 20 minutos de duración por semana.
- Hipertensión Arterial: \geq 160mmHg para la presión sistólica y/o 95mmHg para la diastólica.
- Obesidad: IMC $>$ 27,3 en mujeres.
- Colesterol Total: \geq 200 mg%. Colesterol HDL: $<$ 35mg%. Colesterol LDL: \geq 160 mg% (fórmula de Friedewald). Índice Col.T/HDL: \geq 5. Triglicéridos: \geq 250mg%.

Llama la atención las elevadas prevalencias de todos los factores de riesgo. El tabaquismo y el consumo de alcohol son más frecuentes en las mujeres más jóvenes, pero todos los demás aumentan con la edad. Al analizar la condición socioeconómica, también tabaquismo y consumo de alcohol prevalecen en la clase alta, mientras que los otros incrementan hacia la clase baja. En comparación con los varones, las prevalencias de sedentarismo y obesidad en mujeres son especialmente altas.

Aunque el envejecimiento de la cohorte estudiada explica en parte las elevadas prevalencias que observamos en 1993, éstas superan los valores esperados. Otro elemento de importancia es el hecho de que la presencia simultánea de dos o más factores de riesgo tiene efecto sinérgico. Proporciones muy elevadas de la población concentran dos o más factores (Tabla 2), siendo las combinaciones más frecuentes el sedentarismo con tabaquismo y sedentarismo con obesidad. Esta situación es muy alarmante, y podría reflejarse en una elevación de las tasas de mortalidad si no se toma acción prontamente.

La información presentada pone en evidencia la urgente

Tabla 2. Concentración de factores de riesgo (*) en mujeres mayores de 15 años. Región Metropolitana, 1988 y 1992.

Número de factores de riesgo	n	%
0	22	5,3
1	133	32,3
2	170	41,3
3	66	16,0
4	21	5,1
5	0	0,0
6	0	0,0

(*) Factores de riesgo: tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo, hipertensión arterial, obesidad e hipercolesterolemia. Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica, 1993.

necesidad de implementar programas de prevención que permitan a la población adoptar estilos de vida sanos, favoreciendo la abstención en el uso de tabaco, el consumo moderado de alcohol, el ejercicio físico regular y el control del peso, la dieta adecuada, el control de la presión arterial. La atención de salud del adulto debe incorporar a la brevedad las actividades de promoción de la salud y prevención, que hoy día no se practican, desaprovechando una instancia muy valiosa de contacto con la población. Al entregar estos conocimientos y habilidades a las mujeres, además se benefician indirectamente

otras personas, pues ella actúa como agente multiplicador al definir el estilo de vida de su familia. Si educamos a las mujeres para que adquieran estilos de vida adecuados para cuidar de su salud, ellas, a su vez, educarán a sus hijos y será posible lograr la meta de tener generaciones más saludables, que disfruten plenamente y con mejor calidad de vida. En resumen, las condiciones y estilos de vida de las mujeres han cambiado. En el área de la educación se han igualado las oportunidades con los varones. En el campo laboral ha aumentado mucho la participación femenina, pero aún hay situaciones que resolver, como las diferencias en salarios. En salud hay avances en el área materno-infantil. Respecto a la salud de las adultas, las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte. Esta situación es preocupante, porque en ellas identificamos estilos de vida poco saludables, con prevalencias crecientes en los factores de riesgo. Esta situación puede revertirse con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que pueden ser doblemente rendidores por la influencia de la mujer en el estilo de vida de toda su familia.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Berríos X., Jadue L., Zenteno J. et al. Enfermedades Crónicas del Adulto. Estudio de algunos Factores de Riesgo en población general urbana de la Región Metropolitana, 1986-1987. *Rev Med Chile* 1990; 118: 597-604 y 1042-1043.
2. Berríos X. Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Un Enfoque Preventivo. *Rev Med Chile* 1991; 119: 338-343.
3. Berríos X. Perfil Lipídico en Población Adulta de la Región Metropolitana. *Rev Med Chile* 1992; 120: 331-333.
4. Cardiovascular Disease in Women. AHA Special Report. *Circulation* 1993; 88: 1999-2009.
5. Mujeres Latinoamericanas en Cifras. FLACSO, SERNAM, 1992.