



## **CENTRO DE ESTUDIOS PARA EL ADELANTO DE LAS MUJERES Y LA EQUIDAD DE GÉNERO**

### **DIAGNÓSTICO DE LA PROBLEMÁTICA DE LAS MUJERES JÓVENES EN MÉXICO (ADICCIONES, EMBARAZO TEMPRANO, TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA IMAGEN)**

Este material, su divulgación, integridad de la obra y colección del mismo, es propiedad de la Cámara de Diputados en términos de lo dispuesto por el artículo 83 de la Ley Federal del Derecho de Autor. Las opiniones expresadas en este documento reflejan el punto de vista de su autora o autor, investigadora o investigador, y no necesariamente el del CEAMEG.

---

## Contenido

<b>Introducción</b>	<b>3</b>
<b>I. Panorama general de los problemas que enfrentan las mujeres jóvenes en México</b>	<b>4</b>
<b>II. Adicciones</b>	<b>7</b>
1. Incidencia de las mujeres jóvenes en la drogadicción	7
2. Drogadicción y problemas de salud	11
3. Alcoholismo y problemas de salud	12
4. El Estado frente al fenómeno	17
A. Políticas públicas para la prevención y atención de mujeres en México	17
Consideraciones finales	20
Referencias	21
<b>III. Embarazos tempranos</b>	<b>22</b>
1. Panorama nacional de embarazos tempranos	26
A. Estadísticas nacionales	26
2. Salud sexual y reproductiva	30
3. Programas presupuestarios dirigidos a la prevención y atención de madres jóvenes y jóvenes embarazadas	35
Consideraciones finales	48
Referencias	52

<b>IV. Trastornos del comportamiento alimentario y de la imagen</b>	<b>54</b>
1. Marco histórico	54
2. Marco conceptual	55
3. Trastornos del comportamiento alimentario (TCA)	56
A. Anorexia	57
B. Bulimia	57
C. Trastornos de la ingesta compulsiva (atracones)	60
4. Trastornos de la imagen	61
A. La imagen corporal, una obsesión	63
B. Dismorfia muscular (vigorexia)	66
C. Obesidad y sobrepeso	66
5. Marco normativo	68
<b>6. Consideraciones finales</b>	<b>74</b>
<b>Referencias</b>	<b>77</b>

## Introducción

En este documento se realiza un diagnóstico somero para ubicar a las adolescentes y mujeres jóvenes en una problemática específica, sin embargo, en un escenario globalizado y de economías abiertas es difícil situar únicamente la posición y la condición de las mujeres jóvenes frente a los tres problemas que aquí se exponen, con sus variantes, que conforman este documento y que las afectan económica, social y políticamente.

La desigualdad social existente en México ha alcanzado altos niveles y ahora se suma el clima de violencia e inseguridad que afecta a toda la sociedad, pero especialmente a quienes constituyen el grupo etario considerado como joven. Son 36.2 millones de jóvenes que exigen oportunidades de desarrollo humano, social y cultural. Datos del Censo de Población 2010, indican que 18.4 millones son mujeres jóvenes entre 12 y 29 años (INEGI: 2010).

Varias especialistas consideran que el siglo XXI será “el siglo de las mujeres”, por lo que es momento de resolver el paradigma de la mujer del siglo XXI para terminar con la discriminación y la subordinación que padece el 52 por ciento de la población mundial, y de acelerar la lucha por alcanzar la tan anhelada igualdad entre los géneros. El primer planteamiento es el incremento de adicciones en las adolescentes y las jóvenes, la Encuesta Nacional de Juventud 2010 detectó que más del 6% de las y los jóvenes entre 12 y 29 años de edad ya ha consumido algún tipo de droga ilegal. El siguiente apartado lo dedicamos a los embarazos tempranos ya que a pesar de que las y los jóvenes reciben información sobre salud sexual, infecciones de transmisión sexual y los embarazos tempranos, éstos no han disminuido.

Cerramos este diagnóstico con un problema no menos importante, los trastornos del comportamiento alimentario (TCA). Enfermedades que constituyen un problema de salud emergente que tiene un fuerte impacto en la sociedad.

## **I. Panorama general de los problemas que enfrentan las mujeres jóvenes en México**

La desigualdad social existente en México ha alcanzado altos niveles, al que se suma el clima de violencia actual que afecta a toda la sociedad, pero especialmente a quienes constituyen el grupo etario considerado como joven. Son 36.2 millones de jóvenes que exigen oportunidades de desarrollo humano, social y cultural.

Datos del Censo de Población 2010, indican que 18.4 millones son mujeres jóvenes entre 12 y 29 años (Inegi: 2010). Varias especialistas consideran que el siglo XXI será “el siglo de las mujeres”, por lo que es momento de resolver el paradigma de la mujer del siglo XXI para terminar con la discriminación y la subordinación que padece el 52 por ciento de la población mundial, y de acelerar la lucha por alcanzar la tan anhelada igualdad.

En este documento se propone ubicar a las adolescentes y mujeres jóvenes frente a una problemática específica, sin embargo, en un escenario globalizado y de economías abiertas, es difícil situar únicamente la posición y la condición de las mujeres jóvenes frente a tres problemas que las afectan económica, social y políticamente.

La Encuesta Nacional de Juventud 2010 detectó que más del 6% de las y los jóvenes entre 12 y 29 años de edad ya ha consumido algún tipo de droga ilegal. Existe una mayor prevalencia en el grupo de edad entre 18 y 29 años (más del 8%) y para los hombres jóvenes (9.6 contra 3% de las mujeres). Además, se observa que la frecuencia de consumo de dichas drogas entre los hombres de 15-17 años de edad constituye la más alta de la distribución (cerca de 4 contra 2 días al mes para los hombres entre 20 y 24 años). Datos de la Encuesta Nacional sobre Adicciones (ENA 2008) resaltan que el consumo de drogas (tanto ilegales como médicas) en la población mexicana entre 12 y 65 años de edad ha aumentado.

Los embarazos tempranos, ya que si bien es cierto que existen servicios de información sexual y reproductiva para las y los jóvenes y las acciones propuestas en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018, de la Secretaría de Salud, no ha sido posible disminuir la problemática.

Es innegable que en la actualidad existen grandes brechas y disparidades para la juventud. El derecho a la salud constituye uno de los derechos fundamentales prescritos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que la “salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades”. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Entre el derecho al goce de la salud podemos ubicar los trastornos alimentarios y de la imagen que sufren las adolescentes y jóvenes y las posiciona en una condición de vulnerabilidad y desventaja y las excluye de su derecho a una vida plena y saludable.

En materia de salud encontramos que aunque las y los jóvenes reciben información sobre salud sexual, infecciones de transmisión sexual y los embarazos tempranos, éstos no han disminuido.

A continuación se presentan algunos datos<sup>1</sup> relevantes sobre la posición y condición de las y los jóvenes en temas que los involucran y afectan directamente:

**Salud.** El 36% de la población joven carece de seguro médico. La principal causa de muerte entre las y los jóvenes son las agresiones y los accidentes vehiculares.

**Salud sexual y reproductiva.** La edad de inicio de la vida sexual es un factor importante ya que las y los adolescentes aún no están completamente preparados

---

<sup>1</sup> Diagnóstico de la situación de la juventud en Mexico.pdf. CONADIC 2009, ENA-2008.

físicamente para enfrentar embarazos tempranos e infecciones sexualmente transmisibles.

**Seguridad alimentaria.** En México uno de cada cuatro jóvenes padece inseguridad alimentaria. Con el fin de analizar el estado del derecho a la salud de las y los jóvenes en México, se consideran en este apartado indicadores como la seguridad alimentaria, los problemas de sobrepeso y obesidad, la mortalidad juvenil, las adicciones, el acceso a los servicios de salud, la salud sexual y reproductiva y la salud materna.

**Vivienda.** Al considerar los servicios básicos de la vivienda, se observa que alrededor del 10% de la población de jóvenes vive en hogares que carecen de acceso al agua, de infraestructura de drenaje y más del 13% carece de combustibles adecuados (gas o electricidad) para cocinar. Se observa que dichas carencias afectan de manera más severa a las categorías de menores de 20 años, con una mayor prevalencia entre las y los jóvenes de 12 a 14 años (ENIGH 2010).

**Discriminación.** La Encuesta Nacional sobre la Discriminación en México (ENADIS 2010) considera que los derechos de las y los jóvenes no se respetan.

**Cultura, deportes y recreación.** Más de 17% de las y los jóvenes utiliza su tiempo libre para ir al gimnasio o al parque.

**Educación.** Más del 80% de las y los jóvenes que presentaron el examen de la evaluación coordinada (CENEVAL) obtuvo un nivel satisfactorio. En 2010, el Programa Nacional de Becas y Financiamiento (PRONABES) atendió al 98.7% de los solicitantes.

**Empleo.** En promedio, las y los jóvenes de 12 a 29 años reciben menos de dos salarios mínimos mensuales por concepto de ingreso monetario proveniente de su actividad económica. Se observó, además, que en general las mujeres reciben un ingreso menor al de los hombres. 66.1% (14.6 millones) de las y los jóvenes disponibles para trabajar (22.4 millones) está ejerciendo alguna actividad económica. Pero sólo 32% de las y los jóvenes que trabajan cuenta con contrato laboral, y únicamente el 61% percibe un salario mayor al mínimo. Además, 85% de los jóvenes cuenta con empleo; en contraste con sólo 47.5% de las jóvenes.

**Participación ciudadana.** La mayoría de las intervenciones identificadas en temas de participación están acotadas en alcance y cobertura. Sólo un porcentaje muy bajo de jóvenes participa en asociaciones o clubes ajenos a sus actividades obligatorias. Además, México presenta un déficit de asociaciones juveniles en comparación con otros países de la región.

## **II. Adicciones**

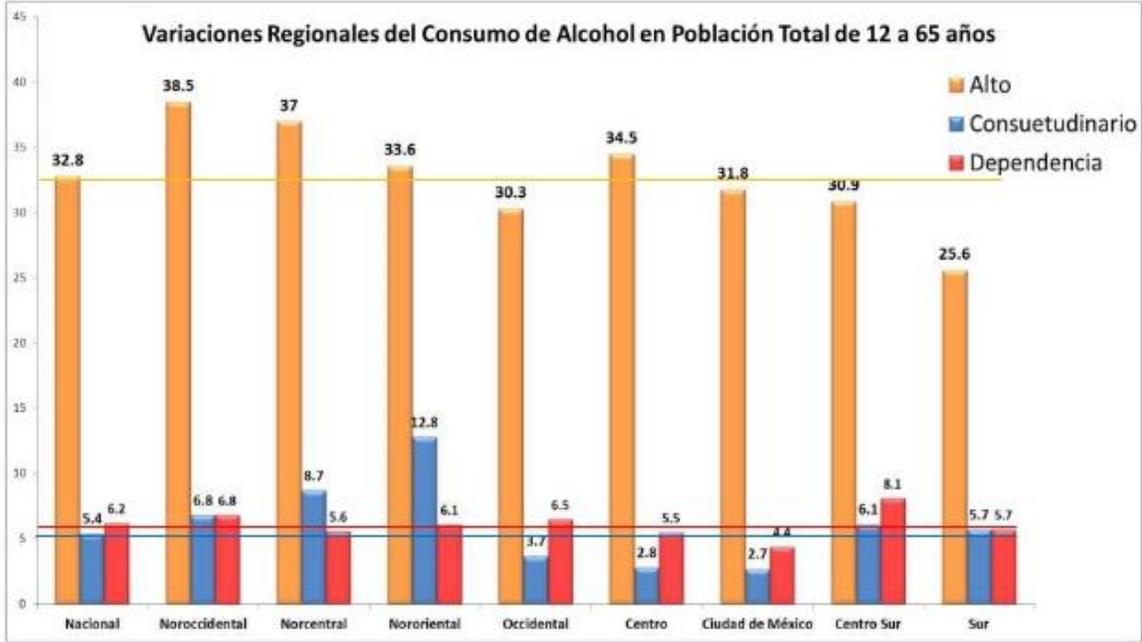
Adicción es el padecimiento crónico y recurrente a nivel del cerebro que se caracteriza por una búsqueda patológica de alivio utilizando una sustancia o conductas. La adicción implica una incapacidad de controlar dicha conducta, el deseo de consumo, la dificultad para la abstenerse permanentemente, el no reconocer los problemas significativos que son provocados por la propia conducta en las relaciones interpersonales así como un comportamiento emocional disfuncional.

El resultado es una mala calidad de vida de quien padece la adicción provocando problemas en su trabajo, en sus actividades académicas, en sus relaciones sociales y/o en sus relaciones familiares o de pareja. La neurociencia actualmente considera que la adicción a sustancias y a comportamientos tienen las mismas bases neurobiológicas.

### **1. Incidencia de las mujeres jóvenes en la drogadicción**

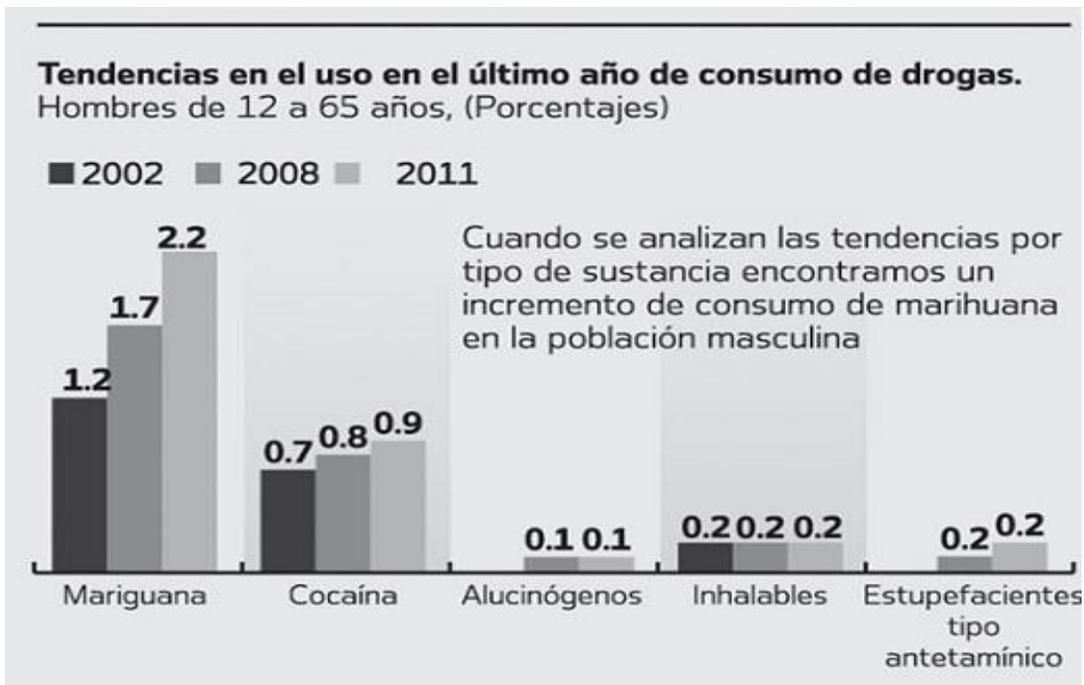
Para conocer la incidencia de las mujeres en la drogadicción es necesario remitirse a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA,) 2011, encuesta coordinada por la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONDIC) y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, a través del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), con la participación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” y el Instituto Nacional de Salud Pública.

El siguiente grafico nos refiere los niveles y grados de consumo de alcohol de acuerdo a diferentes regiones del país derivada de los resultados de la Encuesta antes mencionada.



Fuente. Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONDIC)

El siguiente grafico se refiere a las tendencias entre 2002 y 2011 sobre el uso de las principales drogas consumidas en México:



Fuente. Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONDIC)

#### a) Consumo de drogas en la mujer

El modo en que la sociedad percibe las adicciones en mujeres y en hombres es distinta, el significado y las respuestas que la sociedad y las instituciones del Estado dan al consumo de drogas y las adicciones están determinadas por el género, en hombres el consumo de drogas es social y culturalmente aceptado a menos que no derive en conductas asociadas a la violencia o la criminalidad. En las mujeres el consumo de drogas y las adicciones son todavía un paradigma de los valores y convencionalismos sociales vigentes. Esto genera que las mujeres sean socialmente señaladas y juzgadas bajo estos valores sociales existentes que se traducen en:

- ♦ Menor apoyo familiar y comunitario,
- ♦ Aislamiento social,
- ♦ Ocultación del problema y
- ♦ Ausencia y/o demora en la solicitud de apoyo para recibir atención.

Estudios epidemiológicos regularmente revelan que los hombres son quienes más hacen uso de sustancias adictivas, sin embargo, estudios similares recientes revelan un aumento en el uso de estas sustancias entre las mujeres, específicamente entre las adolescentes y las adultas jóvenes. Estas afirmaciones derivan de las últimas encuestas sobre consumo de drogas realizadas a la población general y en escolares.

En los últimos 20 años la tendencia en el consumo de tabaco entre las mujeres ha ido creciendo, mientras que en los hombres la tendencia es decreciente. Es importante mencionar que el incremento más importante en el consumo de alcohol se da entre las mujeres más jóvenes en el rango de los 15 a los 19 años y, se ha reducido la diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a incidencia.

Otro dato interesante es el que indica que el consumo experimental o por curiosidad, así como el uso cotidiano de Marihuana entre las mujeres en todos los grupos de edad, ha aumentado, especialmente en este mismo rango de edad ya referido de los 15 a los 19 años, los mismos datos se obtienen para el consumo de drogas sintéticas en general.

Las mujeres que consumen cocaína y psicofármacos son cada vez más sobre todo en este mismo grupo de edad, esto es en gran medida a que durante las últimas dos décadas la descomposición paulatina del tejido social genera entornos y ambientes donde es cada vez más común la adicción en las mujeres

## 2. Drogadicción y problemas de salud

### a) El proceso adictivo en las mujeres



Muchas mujeres que usan drogas han vivido a lo largo de su vida diferentes problemas psicológicos. La investigación indica que hasta un 70% de las mujeres que informan haber abusado de drogas, también declaran antecedentes de maltrato físico y sexual. También hay datos que señalan que existen más posibilidades de historia de alcoholismo y dependencia a drogas en los padres.

### b) Otros factores vinculados al consumo de drogas en las mujeres:

- ♦ Desestructuración familiar;
- ♦ Ausencia de atención por parte de los padres, falta de cuidado, de seguridad y confianza;

- ♦ Familias con un “estilo de crianza inconsistente y de distanciamiento emocional de los padres”;
- ♦ Víctimas de violencia en sus distintos tipos y modalidades;
- ♦ Padecimientos físicos y emocionales (búsqueda de recetas médicas).

Tal como lo menciona Emilio Sánchez Hervás de la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja Consellería de Sanitat en Valencia:

En el desarrollo y mantenimiento del proceso adictivo existen diferencias claramente delimitadas entre hombres y mujeres. Entre las variables diferenciales que se han mencionado destacan: redes sociofamiliares diferentes, mayor vulnerabilidad biológica (más lesiones y progreso más rápido, más efectos tóxicos con dosis menores, más historia familiar de abuso); mayor vulnerabilidad psicosocial (parejas con trastornos por abuso de sustancias, mayor prevalencia de psicopatología, más acontecimientos vitales estresantes incluyendo abuso sexual, malos tratos en la infancia y en la adolescencia, disfunciones sexuales, etc.); más consecuencias sociales (no aceptación social, soledad, complicaciones sociolaborales, pérdida de apoyo social incluyendo divorcios y separaciones, marginación); y más consecuencias psicológicas (depresión, más tentativas suicidas, más suicidios, más ansiedad, mayor deterioro cognitivo).

### **3. Alcoholismo y problemas de salud**

El consumo de alcohol está muy arraigado, en prácticamente todas las culturas desde tiempos muy remotos, por lo que se le acepta socialmente y es muy accesible para todos. Por ello se ha percibido la necesidad de regularlo para evitar daños mayores es la droga legal de mayor consumo y con el mayor número de adictos.

Deprime el Sistema Nervioso Central. Los efectos varían de una persona a otra y según las circunstancias en que se bebe, así como el peso corporal del bebedor, la presencia de alimentos en el estómago, el tipo de bebida, la cantidad y la velocidad con que se ingiere.

Durante un episodio de intoxicación, la persona pasa por diferentes etapas: Al inicio es comunicativa, sociable y se siente eufórica, luego, se le altera el juicio, la coordinación motora y el equilibrio.

Después sufre confusión mental, dificultad para entender y pronunciar palabras; visión borrosa; marcha tambaleante; se muestra agresiva, llora o ríe sin motivo.

Si continúa bebiendo, pierde el equilibrio, presenta somnolencia y vómito. Por último se deprime profundamente, pierde la conciencia y los reflejos, queda "anestesiada" y puede morir por bronco aspiración del vómito y paro respiratorio.

Un patrón de consumo de más de cuatro copas por ocasión, más de tres veces por semana, en el hombre, y tres por ocasión en la mujer.

Daños. Una persona intoxicada con alcohol pone en riesgo su vida y la de otros si maneja, si tiene conductas violentas y/o temerarias que no miden riesgos.

El abuso frecuente y prolongado daña el corazón, el hígado, el estómago y el sistema nervioso; causa desnutrición y anemia.

En el hombre, causa disfunción sexual y en la mujer durante el embarazo, aumenta el riesgo de que el bebé nazca con bajo peso, deformidad de cráneo y cara, retardo físico y mental.

Beber en forma excesiva causa:

- ♦ Gastritis, úlceras, hemorragias;
- ♦ Cáncer de boca, esófago o estómago;
- ♦ Cirrosis hepática o hepatitis;

- ♦ Anemia y agudiza la diabetes;
- ♦ Hipertensión, infarto, arritmias cardiacas;
- ♦ Pancreatitis;
- ♦ Alucinaciones, psicosis, demencia, trastornos de memoria, hemorragia cerebral y dificultad para caminar;
- ♦ Depresión, suicidio;
- ♦ Violencia intrafamilia;
- ♦ Ausentismo y bajo rendimiento laboral;
- ♦ Problemas interpersonales;
- ♦ Accidentes, riñas, actos violentos;
- ♦ Facilita el consumo de otras drogas.

#### **a) Síntomas de dependencia física al alcoholismo**

La persona adicta genera "tolerancia", es decir, quien consume necesita cada vez mayor cantidad para obtener el mismo efecto y a su vez, cuando existe dependencia física y se suspende el alcohol, se presenta lo que se conoce como "síndrome de abstinencia" que es un deseo intenso de continuar bebiendo, ansiedad, insomnio, temblor en las manos, alucinaciones visuales, auditivas o táctiles y convulsiones

#### **b) Síntomas de dependencia psicológica al alcoholismo**

Se presenta un consumo con mayor frecuencia en cantidades mayores o durante más tiempo del que deseaba. También se emplea más tiempo en actividades relacionadas con la bebida, mientras que reduce sus actividades sociales, laborales, estudiantiles o recreativas. Continúa bebiendo a pesar de padecer problemas físicos o psicológicos relacionados con la bebida.

### **c) Datos estadísticos**

La Organización Mundial de la Salud estima que en el orbe cerca de 2 mil millones de personas consumen bebidas alcohólicas de éstas, más de 76 millones son dependientes del alcohol.

El abuso y dependencia del alcohol causan cerca de 2 millones de muertes (3.2% del total de muertes) anuales a nivel internacional y la pérdida de 58 millones de años de vida que las personas podrían vivir sanamente 79% de los hombres y 53% de las mujeres han consumido alcohol alguna vez en su vida, es decir más de 32 millones de personas entre 2 y 65 años de edad.

El beber grandes cantidades por ocasión, ya sea mensual o semanalmente, sigue siendo el patrón característico de la población masculina (bebedores explosivos). Esta manera de beber se asocia con graves problemas sociales como accidentes de tránsito, riñas y violencia familia entre otros.

- ♦ En México 3 % de los hombres y 4% de las mujeres beben en cantidades excesivas (más de 5 copas por ocasión en los hombres y más de 3, en las mujeres);
- ♦ Las consecuencias del abuso de alcohol reportadas con mayor frecuencia por los adolescentes son los problemas con la policía;
- ♦ El 23% de las defunciones por accidentes de tránsito con conductores intoxicados ocurren a jóvenes de entre 15 y 24 años de edad;
- ♦ El 10% de los jóvenes varones entre los 12 y los 18 años, consumen altas cantidades (5 o más copas por ocasión);

- ♦ El consumo de bebidas alcohólicas en la Ciudad de México, entre estudiantes de educación media y media superior afecta prácticamente por igual tanto a la población masculina (65.5%) como a la femenina (66.1%);
- ♦ La tendencia en el consumo de alcohol por parte de adolescentes varones presenta un incremento de 27% en 1998 al 35%, en 2002. En el caso de las mujeres, pasó de 18% a 25% durante este tiempo;
- ♦ Uno de cada 10 pesos que gasta el Gobierno Federal en salud se destina a tratar padecimientos asociados al abuso de alcohol;

Los padecimientos asociados al consumo de alcohol que más pérdida de días de vida saludable provocan son: Cirrosis hepática (39%), lesiones por accidentes de vehículo de motor (15%), dependencia (18%), homicidios (10%).

- ♦ Uno de cada 10 hombres reporta problemas laborales debidos a su consumo de alcohol;
- ♦ El 44% de las personas que han intentado suicidarse lo ha hecho bajo los efectos del alcohol;
- ♦ El 19.5 % de los hombres adultos son dependientes del alcohol;
- ♦ La asociación entre el consumo de alcohol y la violencia incluye agresiones, violaciones, abuso a menores, intentos de asesinato y otros delitos violentos;
- ♦ El principal motivo (24.8%) que genera violencia contra las mujeres es el consumo del alcohol de su pareja;

- ♦ En 2000 el Servicio Médico Forense reportó que en una de cada 3 muertes relacionadas con hechos de tránsito (33.33%) la víctima había ingerido alcohol;
- ♦ En más de la mitad de las muertes por homicidio (56.74%), la víctima se encontraba intoxicada con alcohol etílico;
  
- ♦ Del total de suicidios, un 76.9% de las víctimas se había intoxicado con alcohol;
- ♦ De las víctimas de muerte por accidente en el trabajo, el 10.6 % había ingerido alcohol;
  
- ♦ Los accidentes en la vía pública estuvieron relacionados con la ingestión de alcohol en un 45% y la relación hombre mujer fue de 43 a 1;
  
- ♦ En una de cada 5 personas que ingresa a salas de urgencias en nuestro país (21%) presentan niveles positivos de alcohol en sangre, el doble que en Estados Unidos.

#### **4. El Estado frente al fenómeno**

##### **A. Políticas públicas para la prevención y atención de adicciones en mujeres en México**

Las intervenciones institucionales con relación a las adicciones en mujeres constituyen un tema emergente en la agenda de la política pública.

Es fundamental implementar políticas públicas con perspectiva de género, para diferenciar las causas, los impactos, las estrategias de prevención y los tratamientos adecuados para las mujeres y los hombres en condición de adicción.

En materia de política pública federal para la prevención y atención de adicciones, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, tiene como objetivo primordial el de "Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades" sustentado en las siguientes:

## **Estrategias:**

- Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones
- Impulsar campañas para informar y concientizar acerca del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas.
- Reforzar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al tabaco y otras sustancias psicoactivas.
- Consolidar la red nacional para la atención y prevención de las adicciones y promover la vigilancia epidemiológica e investigación.
- Consolidar el proceso de regulación de establecimientos especializados en adicciones, para asegurar la calidad y seguridad en la atención.
- Ampliar la cobertura de los Centros de Atención Primaria en Adicciones para la detección temprana e intervención oportuna.
- Incrementar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al alcohol y evitar su uso nocivo.
- Promover modelos de justicia alternativa para personas con adicciones en conflicto con la ley.
- Promover acciones intersectoriales que fomenten una vida productiva en los adolescentes.

### **1) Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones**

En el caso del alcohol, la población juvenil inicia el consumo a edades cada vez más tempranas además de que el porcentaje de consumo en mujeres ha aumentado, repercutiendo ello en los índices de morbilidad y mortalidad con un alto costo social, laboral y familiar.

### **2) Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC)**

El CONADIC, tiene por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por aquellas adicciones que la Ley General de Salud le da competencia.

### **3) Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011**

Encuesta coordinada por la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONDIC) y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, a través del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), con la participación del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" y el Instituto Nacional de Salud Pública:

Incremento en el consumo alguna vez de drogas ilegales y médicas en la población, donde los hombres son los que reportan mayores consumos.

La marihuana es la sustancia de preferencia de los usuarios: 1.2 %.

La cocaína: 0.5 %

Incremento de la dependencia a drogas: 0.6% en 2011, por lo que 550,000 personas entre los 12 y 65 años de edad estarían presentando una condición de adicción en México

## **Consideraciones finales**

### **Algunos retos de las políticas públicas para la prevención y atención de las mujeres con adicciones:**

- Deficiente inclusión de la perspectiva de género en los programas y acciones de prevención y atención de drogodependencia en mujeres, principalmente mujeres adultas;
- Imposibilidad en el acceso a ciertos servicios de apoyo integral, especialmente cuando las mujeres tienen hijos y/o hijas menores de edad, o se encuentran en condiciones de violencia de género, pobreza o cualquier otra que les implique una situación de vulnerabilidad;
- Falta de información sobre las opciones de tratamiento;
- Ausencia de servicios adaptados a las necesidades de las mujeres en esta condición, en tanto existen refugios para mujeres víctimas de violencia en las que generalmente se les niega el acceso a las mujeres drogodependientes.
- Prevenir, atender y erradicar las adicciones en las mujeres requiere un esfuerzo institucional y social integral que evite la estigmatización e incluya un abordaje integral con perspectiva de género

## Referencias

ASAM Public Policy Statement. Definition of Addiction. 2011. Recuperado de: <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>.

Sánchez, Hervás Emilio. "Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína" Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja Consellería de Sanitat. 2010, Valencia, España

ENA. Encuesta Nacional de Adicciones 2011.

[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA\\_2011\\_DROGAS\\_ILICITAS\\_.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf)

Michael Dust (última actualización 12 de enero de 2009). <http://www.monografias.com/trabajos12/tabaco/tabaco.shtml>.

Phil Rich (<http://www.mind-surf.net/drogas/adicciones.htm>). Adicciones. Creado el 12 de agosto del 2005

### III. Embarazos tempranos

La adolescencia es considerada una etapa importante de la vida. En ella se configuran las características de las personas para su edad adulta, tanto físicas, emocionales, sociales, educativas y económicas. Los estímulos y oportunidades a que tengan acceso los adolescentes contribuirán a que en la etapa adulta tengan un mejor desarrollo y calidad de vida.

La maternidad y paternidad en la adolescencia puede obstaculizar el desarrollo de las y los jóvenes al implicar costos de salud, económicos y sociales. A pesar de ello, mundialmente cada año 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años tienen una hija o hijo, lo que representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo, de ellos el 95% tienen lugar en países en desarrollo<sup>2</sup>.

La OMS considera que el embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre durante los primeros años ginecológicos de la mujer y cuando la adolescente tiene total dependencia social y económica de su familia<sup>3</sup>.

El embarazo temprano, precoz, prematuro no previsto y/o no deseado se entiende como la concepción que ninguno de los que interviene en el acto sexual desea conscientemente, y éste impacta de manera negativa en el desarrollo psicosocial, tanto de las madres y los padres adolescentes, así como, el de sus hijos, colocando a los primeros en un rol para el que no están preparados para asumir física, social, educativa, psicológica o financieramente. Mientras que a los segundos los coloca en una situación de mayor vulnerabilidad, pues su bienestar, desarrollo y porvenir depende, precisamente, de quienes se encuentran en situación de desventaja.

El embarazo temprano constituye una problemática multifactorial. Es un problema de salud pública porque que afecta negativamente la salud de las mujeres adolescentes y la de sus hijas e hijos. Muchas adolescentes embarazadas presentan malnutrición, pues su régimen

---

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud, "Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo. Fundamento biológico, conductual y contextual", publicación electrónica, 2012. Disponible en [http://www.who.int/elena/bbc/nutrition\\_counselling\\_pregnancy/es/](http://www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/)

<sup>3</sup> ORTEGA EMBRIÓN, Margarita, "Factores de protección y/o resiliencia del embarazo adolescente", México, 2011, pág. 24.

de alimentación está condicionado por su medio social y familiar. El estado nutricional de la mujer durante el embarazo influye de manera determinante en el desarrollo del feto, por lo que deficiencias en los nutrientes o una dieta inadecuada aumentan el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos<sup>4</sup>.

La incidencia de aborto, parto prematuro o recién nacido con bajo peso es alta, entre otras razones, porque el útero de las adolescentes está físicamente inmaduro. También tienen mayor posibilidad de padecer partos prolongados, desproporción céfalo-pélvica y formación de fístulas recto-vaginales.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en los países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones del embarazo y del parto son las causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años<sup>5</sup>. Asimismo, señala que cada año unos 3 millones de adolescentes se someten a abortos peligrosos y que los bebés de madres adolescentes tienen un riesgo de morir considerablemente superior que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años. De ahí que el embarazo en la adolescencia sea uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza<sup>6</sup>.

En el ámbito educativo, el embarazo prematuro provoca deserción escolar o bajo rendimiento, lo que influirá en el desarrollo individual de las y los adolescentes, ya que entre menor sea la educación también las posibilidades de tener un empleo serán reducidas. Aunado a ello, una familia adolescente con escasa educación y bajos ingresos tendrá muchas dificultades para garantizar la asistencia de sus hijos a la escuela, perpetuando así la inequidad social.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) afirma que la educación es un derecho humano básico debido a que afecta de muchas maneras las oportunidades de vida. “Sin embargo, los estudiantes provenientes de familias de escasos recursos que más podrían beneficiarse de este derecho son los que,

---

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud, “Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias”, Ginebra, 2012, pág. 1.

<sup>5</sup> Ídem

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud, “El embarazo en la adolescencia”, Nota Descriptiva electrónica No. 364, 2014. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

probablemente, nunca lo reciban debido a una salida prematura”<sup>7</sup>. Asimismo, señala que todo alumno que deja la escuela sin concluir o sin haber cumplido los objetivos de aprendizaje equivale a una inversión improductiva. De tal forma que, el abandono escolar por embarazos tempranos representa oportunidades perdidas para los adolescentes, para sus familias y países, lo que se refleja en estos últimos en términos de pobreza y lento crecimiento económico.

El embarazo temprano condiciona los ingresos futuros, el acceso a oportunidades laborales especializadas y de calidad, lo que frecuentemente orillará a los adolescentes a ocuparse en el mercado informal, con el consecuente impacto en sus ingresos y condiciones de trabajo y nula seguridad social. En México, la proporción de adolescentes en el mercado informal que reciben hasta un salario mínimo es de 18.2%, los que reciben entre uno y dos salarios mínimos son un 33.5%, mientras que un 16.4% no reciben remuneración<sup>8</sup>.

Por lo que respecta al ámbito social, las madres adolescentes o embarazadas enfrentan desaprobación, rechazo familiar y social y, en general, sufren discriminación. De hecho, en numerosos casos el embarazo temprano es consecuencia de la violación de los derechos de las adolescentes, lo cual puede expresarse en distintas formas de presión social e incluso de violencia psicológica y sexual, ejercida principalmente por la pareja.

De los 7.3 millones de partos de adolescentes que tienen lugar en los países en desarrollo, 9 de cada 10 ocurren dentro del matrimonio o algún tipo de unión. De ellos, 2 millones corresponden a niñas menores de 15 años. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU) afirma que, en general, el embarazo en adolescentes es resultado de la ausencia de poder de decisión y de circunstancias que están fuera de su control<sup>9</sup>.

Entre las causas subyacentes del embarazo temprano se señalan la desigualdad de género, la pobreza, el matrimonio infantil, la violencia y coacción sexual, falta de educación sexual y reproductiva y de acceso a servicios de salud reproductiva, así como poca

---

<sup>7</sup> Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Compendio Mundial de la Educación 2012. Oportunidades Perdidas: El impacto de la repetición y de la salida prematura de la escuela”, Canadá, 2012, pág. 34

<sup>8</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud”, Aguascalientes, México, 10 de agosto de 2015.

<sup>9</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas, “Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes”, Nueva York, 2013, pág. 6-9

inversión en el capital humano de niñas adolescentes, y dificultades para que ejerzan sus derechos humanos.

El FPNU llama la atención respecto a que en muchos países las medidas adoptadas para aplicar métodos anticonceptivos en adolescentes están dirigidas solamente a las mujeres como si éstas fueran las únicas responsables de prevenir el embarazo. Cuando en realidad es "...necesario entender que los verdaderos desafíos son la pobreza, la desigualdad de género, la discriminación, la falta de acceso a los servicios y las opiniones negativas sobre las niñas y las mujeres, y que la búsqueda de justicia social, el desarrollo equitativo y la ampliación de los medios de acción de las niñas son el verdadero camino para reducir los embarazos en adolescentes"<sup>10</sup>

## **1. Panorama Nacional. Indicadores de Embarazos tempranos.**

### **A. Estadísticas nacionales**

En México residen 119.7 millones de personas, de las cuales 51.2% son mujeres y 48.8% son hombres<sup>11</sup>. Las y los adolescentes constituyen una quinta parte de la población, conformada por 22.4 millones de personas.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, el embarazo en adolescentes se ha incrementado en los últimos años, puesto que la tasa de fecundidad entre el grupo quinquenal de 15 a 19 años aumentó de 70.9 nacimientos por cada mil mujeres en 2009, a 77 nacimientos por cada mil adolescentes en 2014. Dicho grupo es el único que experimentó crecimiento, observándose también que la tasa global de fecundidad descendió.

---

<sup>10</sup> *Ibíd*em, pág. 4

<sup>11</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía, "Mujeres y Hombres en México 2014", México, 2014, pág. 3

**Tasa global y tasas específicas  
de fecundidad 2009 y 2014 (trienios)**

Grupo quinquenal	Año 2009 <sup>a</sup>	Año 2014 <sup>b</sup>
15 a 19 años	70.9	77.0
20 a 24 años	129.9	126.0
25 a 29 años	116.6	113.1
30 a 34 años	82.4	77.2
35 a 39 años	39.4	38.1
40 a 44 años	10.0	10.0
45 a 49 años	1.0	0.6
<b>Tasa global de fecundidad</b>	<b>2.26</b>	<b>2.21</b>

Notas del emisor: Las tasas específicas representan los nacimientos por cada 1000 mujeres

<sup>a</sup> Corresponde al trienio 2006 a 2008

<sup>b</sup> Corresponde al trienio 2011 a 2013

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2014, Principales Resultados.

Entre la población sexualmente activa, el 44.9% de mujeres adolescentes ha declarado no haber utilizado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual<sup>12</sup>. Esta problemática está asociada a la incapacidad de la población adolescente de conocer y entender los riesgos del ejercicio de su vida sexual, ya sea por falta de acceso a una adecuada educación en la materia o a métodos anticonceptivos o por exposición excesiva a modelos culturales que sexualizan la vida de las adolescentes como el único medio de

<sup>12</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía, "Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud", Aguascalientes, México, 10 de agosto de 2015.

encajar en la sociedad y tener satisfactores adecuados, con lo cual incrementa el peligro y dificulta una adecuada toma de decisiones en la materia.

Esta situación representa un riesgo de embarazo temprano y/o de infecciones de transmisión sexual.

Entre la población más rezagada en el uso de métodos anticonceptivos, acceso a educación sexual y salud reproductiva están:

- Las adolescentes
- Mujeres con menores niveles de escolaridad
- Mujeres que residen en entornos rurales
- Hablantes de lenguas indígenas

En el año 2013, el 83.9% del total de egresos hospitalarios en mujeres de 15 a 19 años, se relacionaron con causas obstétricas (embarazo, parto y/o puerperio). Asimismo, las adolescentes representaron un 18.7% del total de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que tuvieron un aborto. En el 2014, 30.6% de las mujeres embarazadas de 19 años no recibieron consultas prenatales<sup>13</sup>.

Se observa que en México, como en el mundo, los factores que determinan el embarazo prematuro son estructurales y de distinta naturaleza.

La escolaridad de las mujeres influye en el comportamiento reproductivo. Las niñas y adolescentes que tienen mayor escolaridad son menos propensas a quedar embarazadas, sin embargo, en el país la eficiencia terminal de las mujeres es la siguiente: de cada 100 que ingresan a primaria 96.9% concluyen ese ciclo escolar, en secundaria concluyen el

---

<sup>13</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía, "Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud", Aguascalientes, México, 10 de agosto de 2015.

87.4% y en educación media superior el porcentaje es de 67.3%<sup>14</sup>. Si bien la matriculación en las escuelas primarias es alta, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) señala que en México todavía hay 6.1 millones de niños entre 3 y 17 años que no asisten a la escuela. En lo que se refiere a educación secundaria 69.3% de los adolescentes indígenas asisten a la secundaria frente al 69.3% de los no indígenas.<sup>15</sup>

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, se encontraron 284 519 casos de madres jóvenes y/o en situación de embarazo que no habían concluido su educación básica.

La ENADID 2014 arroja que la tasa global de fecundidad de las mujeres sin escolaridad es de 3.3 hijos por mujer, mientras que en las mujeres que tienen una escolaridad media superior y superior la tasa es de 1.79 hijos por mujer.

Entre los adolescentes hablantes de alguna lengua indígena hay una mayor predisposición al embarazo temprano, puesto que aproximadamente 35% de la población indígena de 10 a 19 años y casi la mitad de los que se encuentran entre los 15 y 17 años de edad no asisten a la escuela.

Por otra parte, cabe mencionar que de acuerdo con la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), México tiene la tasa más alta de niñas y niños que carecen de condiciones esenciales para una buena educación, de ahí que los adolescentes de 15 años obtuvieron la puntuación más baja de logros educativos con respecto a estudiantes de otros países que integran la OCDE<sup>16</sup>.

En México, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) ha establecido seis indicadores para determinar la situación de pobreza, estos son: rezago

---

<sup>14</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía, "Mujeres y Hombres en México 2014", México, 2014, pág. 56.

<sup>15</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, "Informe Anual 2014. Unicef México", México, 2015.

<sup>16</sup> Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, Country Highlights: México, "Doing Better for Children", 2009.

educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación.

Se considera que una persona se encuentra en situación de pobreza cuando tiene, al menos, una carencia en dichos indicadores. En el año 2014 la población en situación de pobreza fue de 46.2 millones de personas, de las cuales 9.5 millones están en situación de pobreza extrema<sup>17</sup>.

Se calcula que 53.8% de las niñas, niños y adolescentes en México viven en pobreza y aproximadamente 4.7 millones de ellos están en condición de pobreza extrema y que de estos el mayor porcentaje vive en las comunidades indígenas<sup>18</sup>.

De los hogares en situación de pobreza 30.6% tienen a mujeres como las perceptoras principales de ingresos. Los hogares con jefatura femenina presentan mayor inseguridad alimentaria severa<sup>19</sup>.

Por lo que respecta a la participación de las mujeres en el mercado de trabajo, ésta se ha modificado debido a los cambios demográficos, al aumento en la edad de las uniones así como el incremento en el inicio de la vida reproductiva. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) señala que las mujeres que son madres siempre tienen tasas de participación económica menores respecto a las que no lo son y que la tasa de participación económica femenina más baja corresponde a las madres de 16 a 24 años de edad<sup>20</sup>.

En el ámbito social, es necesario considerar la influencia de las relaciones asimétricas como factor de embarazos tempranos. En 60% de los casos de registros de nacimientos por parte de madres adolescentes, el padre del menor es un hombre mayor de edad, de 20 años o

---

<sup>17</sup> Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Resultados de Pobreza en México 2014 a nivel nacional y por entidades federativas, versión electrónica disponible en [http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza\\_2014.aspx](http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2014.aspx)

<sup>18</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, "Informe Anual 2014. Unicef México", México, 2015.

<sup>19</sup> Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Género y Pobreza: hacia un sistema de indicadores, versión electrónica disponible en [http://www.inegi.org.mx/eventos/2012/Encuentro\\_Genero2012/doc/10\\_1140\\_paloma%20villagomez.pdf](http://www.inegi.org.mx/eventos/2012/Encuentro_Genero2012/doc/10_1140_paloma%20villagomez.pdf)

<sup>20</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía, "Mujeres y Hombres en México 2014", México, 2014, pág. 87

más. Encontrándose también que entre menor es la edad de la madre, mayor es la proporción de los padres 10 años mayores o más que ellas. Solamente en uno de cada 10 casos de madres menores de edad, también el padre tenía menos de 18 años al momento del parto<sup>21</sup>. La diferencia de edad entre la madre y el padre representa un desbalance en la relación que puede dar lugar a abusos, engaños, inequidad y en muchos casos violencia.

Considerando este panorama es necesario dotar a las y los adolescentes de herramientas que les permitan prevenir el embarazo temprano y con ello las limitantes que éste impone tanto individualmente como socialmente. Para ello, la educación sexual y reproductiva es un instrumento de vital importancia para prevenir los embarazos tempranos, para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y para combatir una serie de prejuicios y estereotipos que prolongan las condiciones de inequidad, inseguridad, violencia y exclusión, principalmente de las mujeres, y que favorece el sano desarrollo de las y los adolescentes, mediante el ejercicio pleno de sus derechos, de manera libre e informada.

## **2. Salud Sexual y Reproductiva**

La salud sexual es un concepto que se asocia con el conocimiento adecuado y suficiente del propio cuerpo, que permite tomar decisiones sobre la sexualidad y la forma en que ésta se ejerce. Por su parte, la salud reproductiva “Es el estado general de bienestar físico, mental y social y no mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Esto implica tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad de decir cuándo y con qué frecuencia tener hijas/os”<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Gobierno de la República, Estrategia Nacional para Atender y Prevenir el Embarazo en Adolescentes 2014, México, pág. 34, versión electrónica disponible en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf)

<sup>22</sup> UNESCO, “Poner fin al estigma y a la discriminación relacionados con VIH-SIDA. Cuaderno metodológico para capacitación y sensibilización”, 2012, versión electrónica disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002158/215821s.pdf>

En términos de derecho, los derechos sexuales están asociados con la libertad y capacidad para decidir sobre la propia sexualidad y disfrute del placer sexual de acuerdo con los deseos, gustos y preferencias personales. Por su parte, los derechos reproductivos tienen que ver con la libertad y capacidad para decidir tener o no hijos, cuántos y con quién.

Para hacer posible el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es indispensable garantizar el derecho a la salud y a la educación, así como el acceso a información sobre sexualidad en ambientes libres de violencia y discriminación.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce en el Artículo 4° los derechos reproductivos al establecer que, “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de hijos que desea tener”.

En el ámbito internacional los derechos sexuales y reproductivos reconocidos son los siguientes<sup>23</sup>:

- El derecho al pleno respeto a la integridad del cuerpo;
- El derecho a la educación y a la información en sexualidad;
- El derecho a explorar la propia sexualidad independientemente de la reproducción;
- El derecho a decidir si se quiere o no tener hijos/as, y cuándo;
- Derecho a la vida: a no morir por causas evitables relacionadas con el embarazo o parto;
- El derecho a la salud sexual para lo cual se requiere acceso a toda la información sobre sexualidad y salud, educación y servicios confidenciales de la más alta calidad posibles;
- El derecho a una vida libre de violencia, que rechaza las agresiones físicas, psicológicas y sexuales;
- El derecho a la libertad y seguridad, decidiendo tener o no relaciones sexuales, con quién y con qué frecuencia;
- El derecho a casarse o no y de formar o no una familia;

---

<sup>23</sup> UNESCO, “Poner fin al estigma y a la discriminación relacionados con VIH-SIDA. Cuaderno metodológico para capacitación y sensibilización”, 2012, pág. 99-100

- El derecho a la atención y protección de la salud y el derecho a los beneficios del progreso científico;
- El derecho a la intimidad y a confiar los sentimientos de la vida privada a quien se estime conveniente, ya sea médico/a, matrona u otro personal de salud.

En México aunque la educación sexual se imparte desde el 4º grado de primaria, se reconoce que los conocimientos de sexualidad de los adolescentes se caracterizan por información insuficiente, fragmentada y frecuentemente errónea, además de estar rodeados de miedos, inseguridades y tabúes<sup>24</sup>. De igual manera, se señala que la educación sexual en ocasiones es omitida por el personal docente, ya sea por prejuicios personales, falta de capacitación, habilidad o información para abordar el tema.

No obstante, aún en dicha condición la asistencia a la escuela constituye uno de los principales medios de prevención, ya que a mayor escolaridad aumenta la expectativa de un futuro cimentado en el estudio y con oportunidades laborales, en el que la conformación de una familia es algo deseable e incluso planificado.

La educación sexual y reproductiva concierne también a los familiares de las y los adolescentes, así como al personal docente y a la sociedad en su conjunto, dadas las consecuencias negativas que se derivan de una falta de intervención oportuna, eficaz e integral.

En lo que se refiere a la sexualidad, la media nacional del inicio de la vida sexual de las mujeres es a los 18 años. En la ENADID 2014, 54.5% de las adolescentes afirmó haber utilizado, ella o su pareja, algún método de protección en su primera relación sexual, lo cual refleja un aumento importante en la utilización de métodos anticonceptivos en comparación con 2009, cuando la utilización de estos fue de un 38.2%.

---

<sup>24</sup> Gobierno de la República, Estrategia Nacional para Atender y Prevenir el Embarazo en Adolescentes 2014, México, pág. 32, versión electrónica disponible en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf)

Por lo que respecta a las preferencias reproductivas se presentó una leve disminución con relación al 2009, cuando el número ideal de hijos(as) de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) fue de 2.7, mientras que para el 2014, el ideal fue de 2.6. Para las adolescentes el ideal reproductivo es de 2.3 hijos(as), mientras que para las mujeres con edades de entre 45 a 49 años el ideal es de 3.2.

La provisión de información y servicios anticonceptivos debe iniciar a temprana edad y sin distinción de género, considerando la individualidad de las personas y los distintos requerimientos de información y orientación dependiendo de su edad y condición (casados, en unión libre, sin pareja estable pero con actividad sexual, sin vida sexual aún).

De acuerdo con la ENADID 2014, 98.7% de las mujeres en edad fértil conocen al menos un método anticonceptivo, de ellas 51.6% son usuarias de algún método anticonceptivo (en 2009 las usuarias representaron un 49.7%), 15.3% son ex usuarias, 31.8% no es usuaria pero conoce de métodos anticonceptivos y 1.3% no conoce de métodos anticonceptivos.

En el caso de las adolescentes, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reporta un incremento del 39% de aceptantes de métodos anticonceptivos en el periodo 2007-2013, pues mientras en 2007 se registraron 54 177 casos, en el año 2013 se registraron 75 099.

#### Adolescentes aceptantes de métodos anticonceptivos (casos)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Casos</b>	54177	56069	59904	63476	69078	72683	75099

**Fuente:** Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS Oportunidades, pág. 185. Versión electrónica disponible en [http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12\\_Cap08.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf)

Las entidades federativas con importantes rezagos sociales que tienen los porcentajes más bajos de usuarias de métodos anticonceptivos son: Chiapas (40.4%), Oaxaca (42.8%), Michoacán (46.2%), Guanajuato (47.3%) y Guerrero (47.8%).

La preferencia de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres en edad fértil es la siguiente: oclusión tubaria bilateral (OTB) 48.6%, métodos no hormonales o de barrera 30.4%, métodos hormonales 13.5%, métodos tradicionales 4.8% y 2.7% vasectomía. Por su parte, una gran mayoría de las adolescentes (66.9%) declaran utilizar métodos no hormonales.

Cabe destacar que en materia de derechos sexuales y reproductivos la Organización de los Estados Americanos (OEA) señala que existen normativas en el sector salud mexicano que pretenden regular la intervención en los casos de violencia contra las mujeres. Sin embargo, destaca la falta de información por parte de 29 entidades federativas por lo que respecta a la violencia obstétrica, ya que solo se proporcionó información de Veracruz, Chiapas y Guanajuato. De igual manera, refiere que el tipo penal respecto a la inseminación artificial no consentida no está contemplado en la legislación federal. Sin embargo, se reconocen avances en materia de violencia sexual que incluyen la tipificación en todas las entidades federativas del delito de violación y hostigamiento sexual, así como el establecimiento de un protocolo de intervención para estos tipos de casos<sup>25</sup>.

### **3. Programas dirigidos a la prevención y atención de madres jóvenes y jóvenes embarazadas**

En México se cuenta con servicios de planificación familiar desde 1972, cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) comenzó a ofrecer este servicio a mujeres con riesgo de complicaciones en el embarazo y aborto. Posteriormente, se incorporaron otras

---

<sup>25</sup> Organización de los Estados Americanos, Informe Final sobre México. Análisis de la respuesta del Gobierno de México al Cuestionario para la Evaluación de la Implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer 'Convención de Belém do Pará, Washington D.C, 2012, pág. 6.

dependencias y entidades de la administración pública federal en la prestación de servicios, tales como la Secretaría de Salud (SS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE).

En 1976 se publicó el primer Plan Nacional de Planificación Familiar 1976-1982, el cual incluyó información sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y derechos sexuales y reproductivos<sup>26</sup>. Actualmente existen acciones transversales en esta materia que incluyen perspectiva de género.

A continuación se muestran los programas que tenemos en México dirigidos a la prevención del embarazo en adolescentes:

#### **A. Estrategia Nacional para Atender y Prevenir el Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) 2014**

La Estrategia Nacional para Atender y Prevenir el Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) 2014, tiene como objetivo reducir el número de embarazos en adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos. La estrategia enfatiza la importancia de favorecer las decisiones libres, responsables e informadas sobre el ejercicio de la sexualidad y la prevención del embarazo, así como garantizar el acceso a métodos anticonceptivos y a servicios de salud sexual reproductiva de calidad para adolescentes.

La ENAPEA orienta la acción de 13 dependencias federales, prevé la participación de los tres órdenes de gobierno y de la sociedad civil, articula y orienta las decisiones y optimización de recursos para reducir el embarazo en adolescentes. Cuenta con cinco objetivos específicos, 19 líneas de acción y ocho ejes rectores:

---

<sup>26</sup> Gobierno de la República, Estrategia Nacional para Atender y Prevenir el Embarazo en Adolescentes 2014, México, pág. 48, versión electrónica disponible en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf)

## ENAPEA

Objetivos	Ejes rectores	Líneas de acción	
<p>1. Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales de las y los adolescentes en México.</p>	<p>✚ Intersectorialidad</p>	<p>Asegurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal</p>	
		<p>Generar oportunidades laborales para la población adolescente acordes a su edad y en el marco de leyes y convenios, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal.</p>	
<p>2. Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo.</p>	<p>✚ Ciudadanía y derechos sexuales reproductivos</p>	<p>Implementar y sostener campañas de comunicación sobre los derechos sexuales y reproductivos, y los servicios amigables, con perspectiva de género, visión intercultural y adaptada a las etapas de la adolescencia.</p>	
		<p>✚ Perspectiva de género</p>	<p>Promover acciones legislativas estatales para homologar los códigos penales estatales con la normatividad nacional e internacional en sus artículos relativos a violencia y abuso sexuales de menores.</p>
			<p>Fortalecer las acciones de prevención y atención de la violencia y el abuso sexual en niñas, niños y adolescentes con especial atención en las zonas rurales, indígenas y urbanas marginadas y de contexto migrante.</p>
<p>3. Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad.</p>	<p>✚ Curso de vida y proyecto de vida</p>	<p>Asegurar las condiciones institucionales para la provisión de toda la gama de métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP.</p>	
	<p>✚ Corresponsabilidad</p>	<p>Garantizar el abasto y disponibilidad de los métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP, en todas las unidades de salud que atienden a población adolescente.</p>	
	<p>✚ Participación juvenil</p>	<p>Explorar estrategias novedosas para ofrecer métodos anticonceptivos (incluyendo los</p>	

ARAP) por medio de diferentes esquemas de provisión.

4. Incrementar la demanda y calidad de atención de los usuarios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Investigación y evidencia científica

Fortalecer la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad y la doble protección en el uso de métodos anticonceptivos.

Mejorar, ampliar y adecuar servicios amigables para adolescentes asegurando una atención igualitaria, aceptable, accesible y efectiva según los criterios de la OMS.

Evaluación y de rendición de cuentas.

Promover acciones de mercadeo social en la población adolescente de los servicios disponibles de SSR amigables (provistos por el sector público, social y privado) con énfasis en aquellos grupos en condiciones de desventaja social.

Prevenir embarazos subsiguientes en madres adolescentes.

5. Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.

Fortalecer las capacidades de niños, niñas y adolescentes para asumir una vida plena, en lo que se refiere a la inclusión de contenidos de educación integral en sexualidad, de prevención de VIH/Sida y de salud reproductiva en los programas escolares.

Garantizar procesos permanentes de capacitación y formación sistemática para otorgar al personal docente las condiciones adecuadas en la enseñanza de contenidos de educación integral en sexualidad.

Vincular a la escuela con el entorno comunitario y familiar en la promoción de la educación integral en sexualidad y el fomento del liderazgo y ciudadanía adolescente y juvenil, considerando las intervenciones basadas en evidencia.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENAPEA 2014

La ENAPEA cuenta con cinco niveles de intervención en los que se prevé la participación de los tres órdenes de gobierno:

- Intervenciones con mayor potencial de impacto. Son aquellas dirigidas a los determinantes socioeconómicos de la salud, con las cuales se busca reducir la pobreza y disparidades sociales, mejorar la calidad y acceso a la educación y ampliar las oportunidades laborales. Estas intervenciones tienen una mayor efectividad por llegar a segmentos más amplios de la sociedad pero se afirma que son más complejas y difíciles de implementar;
- Intervenciones que cambian el contexto. Se refieren a mejoras en el marco jurídico y entorno social para que hombres y mujeres tomen acciones y decisiones apropiadas para su salud y el ejercicio de su sexualidad;
- Educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada;
- Oferta completa de métodos anticonceptivos, incluyendo protección de largo plazo y los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP);
- Intervenciones clínicas. Se refiere a intervenciones de educación en salud y consejería dirigidas a los individuos, las cuales son menos complejas en su aplicación y tienen menor impacto.

En materia de derechos sexuales y reproductivos la ENAPEA:

- Impulsa el concepto de servicios amigables para adolescentes que consiste en acceder exitosamente a información de salud sexual y reproductiva, y en su caso a servicios relacionados, en farmacias, centros educativos, centros comerciales, lugares de trabajo, estaciones de transporte y otros medios utilizados por adolescentes;
- Fomenta la prevención de embarazos mediante programas de planificación familiar, que incluyen información y entrega de productos anticonceptivos, tanto de emergencia como de larga duración;
- Dispone, en caso de embarazos tempranos, el establecimiento de programas hospitalarios de atención prenatal y post-evento obstétrico, así como consultas de

puerperio y de atención al niño. También tratamiento de emergencia en caso de aborto;

- Dispone una intervención multisectorial.

La ENAPEA tiene como metas las siguientes:

- ✓ Corto plazo (2018): reducir los nacimientos a 63.1 por cada mil mujeres de 15 a 19 años.
- ✓ Largo plazo (2030): disminuir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y disminuir la tasa específica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años en un 50 por ciento.

Para la consecución de las metas se contempla la atención multifactorial del problema mediante acciones coordinadas, intersectoriales e interinstitucionales, cuya implementación en el ámbito federal corresponde al Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA) integrado por la Secretaria General de CONAPO (Coordinadora), la Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) quien funge como Secretaria Técnica y funcionarios de alto nivel de la Secretaría de Salud (SS), Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Secretaría de Educación Pública (SEP), Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto Mexicano al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGRS), Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), así como invitados de la sociedad civil y organismos internacionales.

Por lo que respecta a las entidades federativas se prevé que conformen sus respectivos Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA), los cuales impulsarán acciones en el ámbito municipal a través de la conformación de grupos de trabajo que operen a partir de planes de trabajo elaborados de acuerdo a las necesidades locales.

## **B. Programa de Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (antes PROMAJOVEN)**

Este programa está a cargo de la SEP, quien lo puso en marcha desde el año 2004, y tiene como objetivo que las madres jóvenes y jóvenes embarazadas accedan, permanezcan y concluyan su educación primaria y secundaria.

El programa se aplica en las 32 entidades federativas del país y apoya con becas a adolescentes embarazadas de entre 12 a 18 años 11 meses de edad, que corren el riesgo de no concluir su educación básica por falta de recursos o por discriminación.

Las becas consisten en el otorgamiento de 850 pesos mensuales que se proveen hasta por 10 meses en el año y se pueden renovar cumpliendo los requisitos de asistir a clases conforme al calendario escolar del sistema escolarizado o aprobar un módulo en el sistema no escolarizado.

Para el otorgamiento de becas se considera lo siguiente:

- La solicitante debe ser mexicana, ser madre o estar embarazada y tener entre 12 y 18 años 11 meses de edad al momento en que se presenta la solicitud;
- La solicitante no debe recibir otra beca o apoyos económicos, excepto quienes sean beneficiarias del Programa Desarrollo Humano Oportunidades de SEDESOL;
- La solicitante debe estar inscrita o reinscrita en cualquier modalidad del sistema de educación básica.

Este programa tiene más de 10 años de operación, durante los cuales ha incrementado anualmente el número de beneficiarias. Mientras que en el año 2004, 1087 mujeres recibieron apoyo, en el año 2013 el número de beneficiarias ascendió a 17094.

Las entidades que en el año 2013 tuvieron el mayor número de becas son Chiapas (1784), Guerrero (1278), Michoacán (1259), Yucatán (759), Jalisco (750) y San Luis Potosí (710), mientras que las entidades con menor número de población atendida son Baja California Sur (135), Colima (199), Durango (201) y Baja California (215).

Destaca que en el periodo 2010-2013, 10835 mujeres lograron concluir la educación básica gracias a este tipo de apoyo. Asimismo, la ampliación del programa hacia 486 municipios con población predominantemente indígena, beneficiando a 8521 becarias de las cuales 1392 se identifican como población indígena<sup>27</sup>.

La Secretaría de Educación Pública reconoce que aunque ha habido avances el programa aún tiene retos como incrementar la cobertura de atención en zonas rurales e indígenas, incremento en la permanencia y eficiencia terminal de madres jóvenes y adolescentes embarazadas que estudian, una mayor visibilidad en el ámbito social y educativo de la problemática del rezago educativo y la extra-edad, ligada al embarazo temprano, así como ampliar el apoyo académico<sup>28</sup>.

### **C. Programa de Inclusión Social (PROSPERA)**

A través de este programa se articula la oferta institucional en materia social con objeto de que la población que se encuentra en situación de pobreza tenga acceso a programas y acciones en materia de alimentación, educación, salud, inclusión social, laboral, financiera y productiva, que les permitan mejorar sus condiciones de vida.

El programa tiene cobertura nacional y a través de una encuesta se busca identificar a los hogares en situación de pobreza. Para recibir los apoyos monetarios que contempla el programa se deben de cumplir con acciones de corresponsabilidad en materia de salud,

---

<sup>27</sup> Secretaría de Educación Pública. Programa Nacional de Becas. Programa de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas: Logros, información en versión electrónica disponible en [http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/logros/Logros\\_2013.pdf](http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/logros/Logros_2013.pdf)

<sup>28</sup> Secretaría de Educación Pública. Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas, información en versión electrónica disponible en <http://www.promajoven.sep.gob.mx/es/bienvenida.html>

tales como registrar a toda la familia a la unidad de salud que le corresponde, acudir a las citas médicas y a los talleres comunitarios para el autocuidado de la salud; y en materia educativa deben inscribir a sus hijos en escuelas de educación primaria, secundaria y media superior autorizadas por el programa.

Destaca que en los talleres de autocuidado de la salud se brinda información sobre anticonceptivos, embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual y riesgos que enfrentan las y los adolescentes, a los que deben asistir los jóvenes de cursan educación media superior que reciben becas. De esta manera se pretende contribuir a prevenir y disminuir el embarazo en adolescentes.

De acuerdo con información del Programa, las y los jóvenes y adolescentes provenientes de familias beneficiarias con mayor antigüedad tienen menos probabilidad de casos de embarazo y de contraer infecciones de transmisión sexual. Asimismo, las mujeres retrasan el inicio de su vida sexual y aumentan el uso de métodos anticonceptivos, por su parte, los hombres también incrementan el uso de preservativos.

De los distintos apoyos que contempla el programa, el denominado **Jóvenes con PROSPERA** consiste en el otorgamiento de un apoyo monetario de \$4 599.00 pesos a los jóvenes becarios hijos de la familia beneficiaria de PROSPERA, que comprueben que terminaron su educación media superior en menos de 4 años o antes de cumplir los 22 años.

Debido a que las acciones del programa son transversales las adolescentes en riesgo de embarazo o embarazadas pueden beneficiarse de los apoyos que contempla. Los apoyos económicos que brinda el programa son los siguientes:

Tipo de Apoyo	Monto mensual (vigentes de julio a diciembre de 2014)
<b>Alimentario</b>	\$335.00

<b>Alimentario complementario</b>	\$140.00
<b>Infantil</b>	\$120.00
<b>Para adultos mayores</b>	\$370.00
	Primaria \$175.00-\$350
	Secundaria* \$515.00-\$570.00 hombres
<b>Becas educativas</b>	\$540.00-\$660.00 mujeres
	CAM \$865.00-\$980.00 hombres
	Laboral* \$990.00-\$1,120.00 hombres
	Educación* \$865.00-\$980.00 hombres
	Media Superior \$990.00-\$1,120.00 mujeres

\*La variación en el monto depende del grado que se curse.

	Escolaridad	Adquisición	Reposición
	Primaria	\$235.00	\$115.00
<b>Adquisición o reposición de útiles escolares</b>	Secundaria	\$400.00	No aplica
	CAM Laboral	\$400.00	No aplica
	Educación Media Superior	\$400.00	No aplica

**Fuente:** Elaboración propia con información de PROSPERA disponible en [https://www.prospera.gob.mx/swb/es/PROSPERA2015/Monto\\_de\\_Apoyos](https://www.prospera.gob.mx/swb/es/PROSPERA2015/Monto_de_Apoyos)

PROSPERA contempla una Estrategia de Vinculación y Orientación a Jóvenes, mediante la cual se creó el portal **¡VAS! A Mover a México**, cuya finalidad es que los jóvenes beneficiarios conozcan los programas y servicios para ellos en materia de educación, salud, trabajo y emprendimiento que ofrecen tanto las instituciones gubernamentales como la iniciativa privada y la sociedad civil organizada.

El portal contempla dos módulos informativos que pueden tener impacto en la prevención del embarazo temprano, el módulo **Tu Cuerpo** tiene incluye información sobre sexualidad y reproducción y el módulo Tu Vida contiene información, entre otros temas, sobre relaciones sin presiones y elaboración de proyecto de vida. El portal está disponible en: <http://www.vas.gob.mx/swb/swb/PORTALVAS/home>

#### **D. IMSS-PROSPERA. CENTROS DE ATENCIÓN RURAL AL ADOLESCENTE (CARA)**

El IMSS desarrolló un modelo de atención para adolescentes de zonas rurales en el marco del Programa PRÓSPERA con la consideración de que las y los adolescentes tienen mayor posibilidad de desarrollar comportamientos o hábitos que ponen en riesgo su salud debido a la etapa de desarrollo tanto físico como emocional en que se encuentran.

Para brindar atención y servicios a 2.3 millones de adolescentes del medio rural se dispone de 3661 Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA)<sup>29</sup>, ubicados en unidades médicas o en hospitales rurales en los que se informa sobre sexualidad, desarrollo humano y salud reproductiva a través de sesiones educativas, talleres comunitarios, orientación y consejería que pretenden impactar a los adolescentes a nivel afectivo y cognitivo.

Los CARA inicialmente se centraron en la disminución de embarazo y la prevención de infecciones de transmisión sexual, actualmente se abordan también otros temas de inciden en la salud de los jóvenes como son las adicciones, la prevención de la violencia y trastornos alimenticios.

El IMSS informa que en 2014 las actividades educativas en los CARA contribuyeron a que 67 mil menores de 20 años aceptaran un método anticonceptivo y a que 50.7 mil (sic) adolescentes embarazadas asistieran a control prenatal. Dicha cifra es menor a la registrada en 2012 que fue de 53.6 (sic) mil jóvenes embarazadas.

---

<sup>29</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa IMSS-PROSPERA, pág. 196. Versión electrónica disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20142015/12-Cap08.pdf>

A continuación se muestran algunos programas que, si bien no están dirigidos a atender y prevenir el embarazo temprano, pueden incidir positivamente en la problemática al acercar a las mujeres a proyectos que les permiten mejorar sus condiciones de vida y reducir su vulnerabilidad.

#### **E. Fondo de Microfinanciamiento a Mujeres Rurales (FOMMUR)**

El Fondo de Microfinanciamiento a Mujeres Rurales es un programa a cargo de la Secretaría de Economía que tiene como objetivo apoyar a mujeres emprendedoras de escasos recursos en zonas rurales a través del otorgamiento de microcréditos a quienes que no son sujetas de crédito de la banca comercial.

Con este programa se apoya el autoempleo y las actividades productivas, así como la adquisición de habilidades empresariales básicas. Si bien este programa no está dirigido a atender específicamente la problemática de las mujeres adolescentes embarazadas sí es una herramienta que puede contribuir a su sostenimiento y puede constituirse también en un medio de prevención del embarazo temprano a través del empoderamiento de las mujeres y el desarrollo de sus capacidades productivas.

Destaca que en el año 2013 del total de 256,083 beneficiarias del programa, 5,009 se encontraban en el rango de edad de 15 a 19 años y 28,500 mujeres tenían entre 20 a 24 años<sup>30</sup>.

#### **F. Programa Organización Productiva para Mujeres Indígenas (POPMI)**

---

<sup>30</sup> Sistema de Estadísticas de los Padrones de Programas Gubernamentales. Fondo de Microfinanciamiento a Mujeres Rurales 2013. Beneficiarios según grupo de edad y sexo. Información electrónica disponible en <http://padrones.inmujeres.gob.mx/CargandoCuadro.php?idPrograma=17&criterio=2&anio=2013>

El Programa Organización Productiva para Mujeres Indígenas tiene como objetivo contribuir a mejorar las condiciones de vida de las mujeres indígenas, a través del desarrollo de un proyecto productivo en grupo, en el que participen entre 8 y 10 integrantes. Mediante este programa se otorgan recursos económicos para el desarrollo del proyecto productivo y se brinda capacitación en todas las etapas del proceso.

En el año 2012 se benefició a un total de 31 164 mujeres, de las cuales 644 tenían entre 15 y 19 años y a 3 907 mujeres de entre 20 y 24 años<sup>31</sup>. En 2013 el monto de recursos asignados al Programa en el Presupuesto de Egresos de la Federación fue de 443.89 millones de pesos.

A partir de 2014 fue sustituido por el Programa para Mejoramiento de la Productividad Indígena el cual está dirigido a población mayor de edad hombres y mujeres emancipados. Entre los distintos apoyos que contempla el programa está el de Mujer Indígena que consiste en la entrega de subsidios para proyectos productivos de mujeres indígenas organizadas en grupos de al menos 5 personas.

### **G. Seguro de Vida para Mujeres Jefas de Familia**

Este programa busca contribuir a la ampliación del sistema de seguridad social y está orientado a las mujeres que son jefas de familia que tienen entre 12 y 68 años de edad y que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

El apoyo consiste en una transferencia mensual de hasta \$1 850.00 pesos a cada uno de los hijos(as) en caso de fallecimiento. Los requisitos son: ser mexicana, tener entre 12 y 68 años de edad, ser madre de alguien de menos de 24 años, no tener cónyuge, encontrarse

---

<sup>31</sup> Sistema de Estadísticas de los Padrones de Programas Gubernamentales. Programa de Organización Productiva para Mujeres Indígenas 2012. Beneficiarios según grupo de edad y sexo. Información electrónica disponible en <http://padrones.inmujeres.gob.mx/CargandoCuadro.php?idPrograma=7&criterio=2&anio=2012>

en condiciones de pobreza con un ingreso no mayor a \$2 130.00 pesos.

Este programa podría ser una oportunidad para las adolescentes para desarrollar una cultura de sensibilización y prevención que mitigue la pérdida de condiciones de bienestar a que se enfrentarían sus hijas e hijos si ellas llegaran a fallecer.

Aunque este programa tiene una población potencial estimada en 6 271 953 personas, en 2014 las beneficiarias fueron 8 481 mujeres, lo que representa apenas el 0.14%. Se desconoce qué porcentaje de las beneficiarias corresponde a adolescentes ya que dicho programa aún no cuenta con evaluaciones de impacto ni, a decir del CONEVAL, aporta información relevante con relación al problema que atiende<sup>32</sup>.

### Programas con acciones tendientes a la prevención del embarazo adolescente

#### (Anexo 13 PEF 2016)

Ramo	Programa	Acción	Presupuesto 2016 (pesos)
Gobernación	P006 Planeación demográfica del País	630 Nacional Prevención del Embarazo Adolescente	Estrategia de del 7 452 000.00
Salud	EO22 Investigación y desarrollo Tecnológico en Salud	630 Nacional Prevención del Embarazo Adolescente	Estrategia de del 5 154 305.00

<sup>32</sup> Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo. Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015. Seguro de Vida para Jefas de Familia. Información electrónica disponible en: [http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED\\_2014\\_2015/SEDESOL/S241\\_SVJF/S241\\_PSVJF\\_IE.pdf](http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SEDESOL/S241_SVJF/S241_PSVJF_IE.pdf)

Desarrollo Agrario, S273 Programa de 616 Prevención de 10 195 875.00
Territorial y Urbano Infraestructura Embarazos en
Adolescentes

**Total 22 802 180.00**

Fuente: CEAMEG. Elaboración propia

## **Consideraciones finales**

Es evidente que como país hemos avanzado en el diseño de políticas públicas dirigidas a la prevención del embarazo temprano con acciones y programas transversales para incidir en los distintos ámbitos de dicha problemática. Sin embargo, a pesar del diseño de una estrategia específica, de la ampliación en la cobertura de atención de los servicios de salud, del incremento en la utilización de anticonceptivos por parte de la población adolescente y de la erogación de más de 62.2 millones de pesos en el periodo 2013-2015 para la realización de campañas de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva para adolescentes,<sup>33</sup> la tasa de fecundidad en dicho grupo no ha disminuido sino que ha registrado incrementos importantes, comparativamente con los otros grupos quinquenales, cuya tasa descendió.

En ese sentido, si bien la ENAPEA es un instrumento muy valioso concebido con una perspectiva integral fundada en ejes rectores de gran relevancia como la intersectorialidad de las acciones, perspectiva de género, corresponsabilidad, ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos, curso y proyecto de vida de los jóvenes, participación juvenil, investigación y evidencia científica y evaluación y rendición de cuentas; aún hay aspectos que sería conveniente contemplar como sustantivos en la conformación de las acciones para prevenir el embarazo prematuro.

La participación de los padres en la formación y educación de sus hijos en materia sexual y reproductiva, es sumamente importante para eliminar prejuicios y tabúes y acercar a los

---

<sup>33</sup>Secretaría de Salud en nota periodística de El Universal publicada el 8 de marzo de 2016. Disponible en <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2016/03/9/ssa-61-mdp-para-evitar-embarazos-adolescentes>

jóvenes a información confiable en casa en lugar de orillarlos a obtenerla de fuentes poco confiables.

La formación de los padres y desarrollo de sus habilidades en esta materia debe ser parte integrante de las líneas de acción estratégicas nacionales, ya que algunas de las medidas recomendadas por organismos internacionales para prevenir el embarazo temprano, como por ejemplo prohibir el matrimonio antes de los 18 años, no tendrá un impacto significativo, aunque se disponga por ley, si primero no se educa a los padres acerca de que el matrimonio temprano es un factor de riesgo de embarazo temprano y que éste puede tener resultados reproductivos adversos u obstaculizar las oportunidades de desarrollo de los adolescentes contribuyendo a perpetuar los rezagos educativos, sociales, y económicos. Es decir, establecer en la ley la prohibición del matrimonio antes de los 18 años es deseable y recomendable, pero insuficiente porque, como se ha demostrado en algunos países en que existe dicha disposición, la medida no se cumple. Esto se relaciona con la existencia de normas culturales que favorecen que las niñas se casen porque eso es lo que se espera de ellas.

De ahí la importancia de la sensibilización, capacitación y formación de los padres, puesto que son los primeros educadores y quienes contribuyen en las formas de socialización de las niñas y niños. Adicionalmente, al formar grupos de padres en esta materia se educa también a la comunidad y con ello se van superando paulatinamente normas sociales, prejuicios y tabúes que, de lo contrario, son formas de presión social.

Por otra parte, se observa que en el aspecto educativo se ha destacado la importancia de informar sobre los distintos métodos anticonceptivos y sobre la importancia de ofrecer servicios de calidad y garantizar el abasto de los distintos anticonceptivos, incluyendo alternativas de largo plazo, de corto plazo y de emergencia, procurando que estos estén al alcance de los adolescentes mediante la utilización de servicios amigables. Si bien se reconoce la importancia de estas medidas, también se subraya la importancia de que la prevención de embarazos tempranos no descansa fundamentalmente en la educación y campañas sobre la importancia de la utilización de métodos anticonceptivos sino también en campañas enfocadas en la importancia de esperar el momento apropiado para vivir y

desarrollar su sexualidad de una mejor manera, no sólo para alcanzar un buen desarrollo y madurez física sino para desarrollar también inteligencia emocional, para manejar de una mejor manera los pensamientos, sentimientos, experiencias y complejidades que conllevan las relaciones humanas. Es decir, un enfoque que además de contemplar los métodos para prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, así como las consecuencias de la inadecuada utilización de estos, tenga sustento en el desarrollo de habilidades para la vida.

Lo cual se relaciona con la ampliación de alternativas para los jóvenes durante sus distintas etapas de desarrollo. No se trata únicamente de proveer información y acceso a servicios de información sexual y reproductiva a los adolescentes sino de un proceso de acompañamiento institucional que, desde temprana edad, disponga para las niñas y los niños opciones de desarrollo, programas deportivos, programas culturales y educativos que fortalezcan sus capacidades físicas e intelectuales y que contribuyan a que los niños vayan vislumbrando distintas alternativas y modos de vida y que cuenten con las herramientas, capacidades y oportunidades para decidir qué tipo de vida quieren llevar, cómo y, en su caso, con quién.

Una educación con perspectiva de género y acciones que empoderen a mujeres y hombres desde la infancia es la mejor forma de revertir las prácticas sociales nocivas, como el abuso, coacción y violencia sexual, entre otras, que durante muchos años han sido formas de injusticia que han condicionado el comportamiento de hombres y mujeres en México y en muchas partes del mundo.

Este proceso de acompañamiento en el desarrollo es trascendental, pues las acciones dirigidas a los adolescentes serán insuficientes para prevenir el embarazo temprano si desde la infancia no se trabajó con ellos ni se les proporcionaron opciones de desarrollo ni información de sus derechos. Esto último es vital, pues como se ha señalado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el embarazo temprano está entrelazado con problemas de derechos humanos. Una persona que no puede gozar del derecho a la educación o a la salud tendrá más dificultades para desarrollar su potencial. Aunque los derechos humanos se encuentran garantizados en nuestra Constitución así como en diversos tratados internacionales de los que México forma parte, es necesario pasar del

papel a acciones concretas que protejan a los menores en su integridad física y mental, que les provean de mejores condiciones de educación, salud, deporte, entre otras, que mitiguen las condiciones de pobreza, desigualdad e injusticia del entorno en que viven y se desarrollan. Ciertamente, la difusión más amplia de los derechos es sumamente importante pero también lo es el generar las condiciones para que el ejercicio de esos derechos sea una realidad.

## Referencias

- Organización Mundial de la Salud, “Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo. Fundamento biológico, conductual y contextual”, publicación electrónica, 2012. Disponible en [http://www.who.int/elena/bbc/nutrition\\_counselling\\_pregnancy/es/](http://www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/)
- ORTEGA EMBRIÓN, Margarita, “Factores de protección y/o resiliencia del embarazo adolescente”, México, 2011.
- Organización Mundial de la Salud, “Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias”, Ginebra, 2012.
- Organización Mundial de la Salud, “El embarazo en la adolescencia”, Nota Descriptiva electrónica No. 364, 2014. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Compendio Mundial de la Educación 2012. Oportunidades Perdidas: El impacto de la repetición y de la salida prematura de la escuela”, Canadá, 2012.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud”, Aguascalientes, México, 10 de agosto de 2015.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, “Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes”, Nueva York, 2013, pág. 6-9
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Mujeres y Hombres en México 2014”, México, 2014.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “Informe Anual 2014. Unicef México”, México, 2015.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, Country Highlights: México, “*Doing Better for Children*”, 2009.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Resultados de Pobreza en México 2014 a nivel nacional y por entidades federativas, versión electrónica disponible en [http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza\\_2014.aspx](http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2014.aspx)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Género y Pobreza: hacia un sistema de indicadores, versión electrónica disponible en [http://www.inegi.org.mx/eventos/2012/Encuentro\\_Genero2012/doc/10\\_1140\\_paloma%20villagomez.pdf](http://www.inegi.org.mx/eventos/2012/Encuentro_Genero2012/doc/10_1140_paloma%20villagomez.pdf)
- Gobierno de la República, Estrategia Nacional para Atender y Prevenir el Embarazo en Adolescentes 2014, México, versión electrónica disponible en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf)

UNESCO, “Poner fin al estigma y a la discriminación relacionados con VIH-SIDA. Cuaderno metodológico para capacitación y sensibilización”, 2012, versión electrónica disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002158/215821s.pdf>

Organización de los Estados Americanos, Informe Final sobre México. Análisis de la respuesta del Gobierno de México al Cuestionario para la Evaluación de la Implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ‘Convención de Belém do Pará, Washington D.C, 2012.

Secretaría de Educación Pública. Programa Nacional de Becas. Programa de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas: Logros, información en versión electrónica disponible en [http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/logros/Logros\\_2013.pdf](http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/logros/Logros_2013.pdf)

Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa IMSS-PROSPERA, versión electrónica disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20142015/12-Cap08.pdf>

Sistema de Estadísticas de los Padrones de Programas Gubernamentales. Fondo de Microfinanciamiento a Mujeres Rurales 2013. Beneficiarios según grupo de edad y sexo. Información electrónica disponible en <http://padrones.inmujeres.gob.mx/CargandoCuadro.php?idPrograma=17&criterio=2&año=2013>

Sistema de Estadísticas de los Padrones de Programas Gubernamentales. Programa de Organización Productiva para Mujeres Indígenas 2012. Beneficiarios según grupo de edad y sexo. Información electrónica disponible en <http://padrones.inmujeres.gob.mx/CargandoCuadro.php?idPrograma=7&criterio=2&año=2012>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo. Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015. Seguro de Vida para Jefas de Familia. Información electrónica disponible en: [http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED\\_2014\\_2015/SEDESOL/S241\\_SVJF/S241\\_PSVJF\\_IE.pdf](http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SEDESOL/S241_SVJF/S241_PSVJF_IE.pdf)

#### **IV. Trastornos del comportamiento alimentario y de la imagen**

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) se considera que afectan principalmente a mujeres en las etapas más tempranas de la vida, como son la pubertad y la adolescencia, con consecuencias graves en su salud que van desde desnutrición hasta incluso la muerte, tocando extremos, por un lado la desnutrición y al otro el sobrepeso y la obesidad. Un dato que genera inquietud es que actualmente México ocupa el primer lugar mundial en obesidad y sobrepeso en mujeres.

La multicausalidad del fenómeno obliga, en primer lugar, a modificar patrones culturales y a implementar medidas preventivas encaminadas a fortalecer un entorno sano para las y los jóvenes.

Los TCA a pesar de que se consideran padecimientos individuales, no se limitan a una sola parte de la vida de la persona enferma, sino que afectan su entorno social y familiar. Por ello se considera igual de importante la prevención y el tratamiento.

##### **1. Marco histórico**

Un fenómeno considerado de actualidad son los llamados trastornos del comportamiento alimentario (TCA), sin embargo, la *Encyclopedia Británica* de 1797 ya define un conjunto de síntomas parecidos a los actuales como *boulimus*. (Salas, García y Sánchez: 2009)

La palabra *limos*, en griego antiguo significaba hambre, y el prefijo *bou* gran cantidad, el término se traduce como “hambre feroz”.

En el 970 a.C. Jenofonte describió una actividad parecida a lo que ahora consideramos

prácticas bulímicas, Hipócrates también distinguía el *boulimus*, como un “hambre feroz”. En Grecia se practicaba el vómito casi como un ritual, incluso existía una habitación llamada *vomitorium*.

En la Edad Media el vómito fue una práctica penitente impuesta, al grado de que se prescribían poderosos vomitivos como la mostaza y la nuez vómica. En 1874, los médicos W. Gull y Ernest Charles Lasegue, describen un cuadro clínico que presentaban mujeres jóvenes y adolescentes, consistente en una delgadez extrema, disminución o falta de apetito sin causa física demostrable, con amenorrea, bradicardia, astenia, estreñimiento e hiperactividad psicomotriz, y la definieron como anorexia nerviosa y anorexia histérica respectivamente.

Con estos antecedentes, en los años 70 del siglo XX, la bulimia y la anorexia se reconocen como padecimientos clínicos y sociales que inicialmente afectaban a mujeres adolescentes y jóvenes, aunque el rango etario ha ido variando, ya que inicialmente se ubicaba entre los 14 y 18 años, pero en la actualidad se han presentado casos en niñas cada vez más pequeñas e incluso en hombres. (Buil, García, Pons: 2005)

El doctor Stunkard, pionero de los estudios sobre los trastornos alimentarios en el siglo XX, publicó los criterios diagnósticos del síndrome, entre los que no se encontraba ninguna alusión a vómito o laxantes. Estos criterios, con algunas pequeñas variantes, son los que actualmente conocemos como bulimia. (Revista médica: 2011).

Hay que preguntarse ¿por qué es de actualidad algo que fue descrito hace tanto tiempo? Y algo más importante ¿Por qué los casos pasaron desapercibidos? y ¿Por qué ahora se han incrementado?

Para abordar el tema de la salud desde la perspectiva de género, en especial para los (TCA) es necesario eliminar las disparidades innecesarias, evitables e injustas derivadas de la condición de género, a fin de que mujeres y hombres puedan en igualdad de condiciones, disfrutar de una vida saludable.

## **2. Marco conceptual**

Las y los jóvenes, pero principalmente las adolescentes, inmersas en una serie de cambios psicofísicos propios de la pubertad, con una personalidad inestable y poco definida, viviendo los primeros lustros del siglo XXI dentro de la sociedad de la información y la presión de las redes sociales, y los medios de comunicación masivos, son un colectivo especialmente vulnerable a la presión general que antepone estereotipos y cánones de belleza extremos, además de manifestar su afinidad hacia una determinada estética corporal impuesta por diversos factores de la sociedad; las y los han orillado a prácticas poco saludables, que han dado origen a la aparición de los llamados trastornos de la alimentación como la anorexia, la bulimia, la dismorfia muscular y los trastornos de la imagen.

Los datos estudiados ya lo señalan como un problema clínico y social, tanto en lo que respecta a la aparición de conductas de riesgo, y a padecer enfermedades relacionadas con los trastornos alimentarios como la diabetes y la hipertensión a edad muy corta. Los trastornos del comportamiento alimentario no son exclusivos de una región o de un estrato social, pero se considera que hay poblaciones más expuestas.

El comer como resultado de la tensión o el estrés, los malos hábitos alimenticios y de nutrición y la llamada comida rápida (cada vez más popular) han llevado a definir estos problemas como desórdenes alimentarios y desordenes psiquiátricos de la alimentación (American Academy of Child)

## **3. Trastornos del comportamiento alimentario**

La OMS define los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como “enfermedades de salud mental complejas, multicausadas, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes” (Revista Médica: 2011) hay que señalar que el padecimiento también afecta físicamente.

Dentro de la sociedad actual, para ser aceptadas y aceptados se “debe” estar delgada o delgado, entonces la delgadez se convierte en sinónimo de éxito social y aceptación, se tiene que tener un tipo de cuerpo, un tipo de color, un tipo de vestimenta, etcétera, lo que lleva a gran cantidad de adolescentes y jóvenes a someterse a dietas, muchas de ellas extremas y sin control médico.

Entre los trastornos del comportamiento alimentario se consideran principalmente la anorexia y la bulimia, términos que a su vez remiten al comer. “Comer no es solamente la satisfacción de una necesidad fisiológica, involucra procesos culturales que le imparten múltiples significados, igual que el no comer. En todas las sociedades existen prohibiciones alimentarias colectivas, normas o reglas que si están suficientemente interiorizadas por el individuo, no son rotas vía la alimentación sin una sensación de culpa”. (González Zetina: s.f)

La anorexia y la bulimia nerviosas son fenómenos complejos en los cuales los elementos históricos y socioculturales tienen un papel relevante para que los denominados «trastornos del comportamiento alimentario» se expresen como tales en la actualidad, especialmente en las mujeres, sobre todo en las más jóvenes.

### **A. Anorexia**

La anorexia es un padecimiento, que quien lo sufre presenta poco peso, generalmente, muy por debajo del nivel considerado mínimo, ocasionado por la misma persona, con un exhaustivo control de la ingesta de alimento (disminución al mínimo), asociado a un intenso miedo a ganar peso y a una distorsión grave de su imagen corporal (dismorfia), esta pérdida de peso lleva asociado un trastorno hormonal que se manifiesta en algunas mujeres con serias alteraciones como la amenorrea (falta o suspensión de la menstruación).

Según el Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia, la anorexia nerviosa tiene dos tipos:

- **Tipo restrictivo:** la pérdida de peso se logra con dieta, ayuno o realizando ejercicio intenso.
- **Tipo compulsivo/purgativo:** se recurre a atracones seguidos de periodos de restricción y/o purgas (pueden ser ambos).

## **B. Bulimia**

La bulimia se caracteriza por atracones seguidos de la aplicación de métodos compensatorios, es decir, después de una gran ingesta de alimentos se recurre al vómito, el uso o abuso de laxantes y diuréticos, ayunos o inclusive consumo de fármacos.

La bulimia es más difícil de detectar y por lo tanto de curar, ya que por cada persona anoréxica hay tres que padecen bulimia. (Toro: 2016)

Hay una preocupación obsesiva de la comida, la bulimia presenta los siguientes subtipos:

- **Tipo purgativo:** se provoca el vómito y hace uso de laxantes, diuréticos y enemas.
- **Tipo no purgativo:** se emplean técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso.

La bulimia nerviosa es más común que la anorexia nerviosa. La persona se encuentra insatisfecha con su cuerpo y quiere adelgazar, inicia una dieta sin resultados y el vómito es una vía “fácil” para comer y no engordar. Lo que inicia un círculo vicioso. Del control de la alimentación se pasa al “descontrol” ya que se come sin parar, con voracidad y en muy poco tiempo grandes cantidades de alimentos, que pueden ser de alto contenido calórico y generalmente a escondidas de los demás.

## Características y diferencias de la anorexia y la bulimia

Anorexia nerviosa	Síntomas comportamentales	Síntomas mentales y emocionales
<p>-Rechazo a mantener un peso corporal normal o por encima del mínimo para su edad y talla.</p> <p>-Terror a engordar aun estando por debajo del peso ideal.</p> <p>-Distorsión en la percepción del peso y de la imagen corporal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restricción voluntaria de la comida.</li> <li>• Preparación de los alimentos a la plancha.</li> <li>• Disminución de la ingesta de líquidos.</li> <li>• Conducta alimentaria extraña</li> <li>• Aislamiento social.</li> <li>• Ejercicio compulsivo.</li> <li>• Aumento de las horas de estudio.</li> <li>• Disminución de las horas de sueño.</li> <li>• Pesarse compulsivamente.</li> <li>• Laxantes y diuréticos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno severo de la imagen corporal</li> <li>• Terror a subir de peso</li> <li>• Negación total o parcial de la enfermedad</li> <li>• Negación de sensaciones de hambre, sed o sueño</li> <li>• Temor a perder el control</li> <li>• Dificultad de concentración</li> <li>• Desinterés sexual.</li> <li>• Desinterés por actividades lúdicas o recreativas.</li> <li>• Dificultad en reconocer sus emociones.</li> <li>• Síntomas depresivos y/o obsesivos</li> <li>• Irritabilidad</li> </ul>
Bulimia nerviosa	Síntomas comportamentales	Síntomas mentales y emocionales
<p>-Episodios recurrentes de atracones.</p> <p>-Vómitos auto inducidos, uso de laxantes y diuréticos, ayuno, o ejercicio físico excesivo (comportamientos compensatorios).</p> <p>-Ambos puntos deben darse por lo menos 2 veces por semana durante 3 meses.</p> <p>-La autoevaluación está indebidamente influenciada por la figura corporal y el peso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vómitos auto provocados.</li> <li>• Almacenamiento de comida.</li> <li>• Evitar comidas sociales</li> <li>• Disminución del rendimiento escolar y laboral.</li> <li>• Inasistencia a clases o al trabajo.</li> <li>• Salidas frecuentes de casa. Evita la familia.</li> <li>• Mentiras innecesarias.</li> <li>• Robos.</li> <li>• Consumo de alcohol y a veces de drogas.</li> <li>• Promiscuidad sexual.</li> <li>• Disminución horas de sueño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terror a subir de peso o deseo compulsivo de perderlo.</li> <li>• Trastorno severo de la imagen corporal.</li> <li>• Ocultamiento de la enfermedad.</li> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Ánimo depresivo con ideaciones suicidas.</li> <li>• Egocentrismo.</li> <li>• Dificultad de concentración.</li> <li>• Irritabilidad y cambios bruscos de humor.</li> </ul>

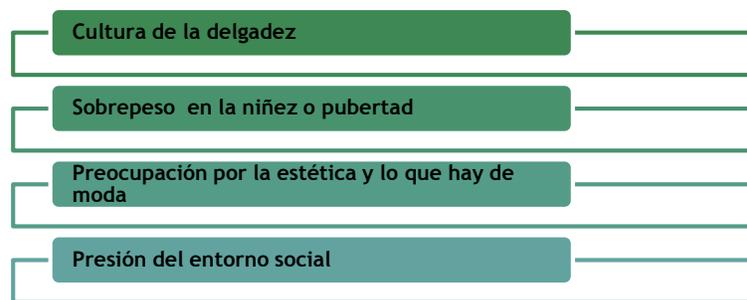
**Fuente:** Elaboración propia a partir de información <http://averroespsicologos.blogspot.mx/2011/08/anorexia-nerviosa-purgativa-factores-de.html>

### a. Factores

Aunque entre los factores de riesgo se encuentran ser adolescente y ser mujer (en un grupo etario entre los 12 y 23 años). La investigadora Claudia Unikel Santoncini, experta en TCA en México, comenta que “aún hay poca información sobre la incidencia directa en menores con bulimia y anorexia”, pero que se ha constatado

que existe mucha preocupación entre las y los adolescentes por no engordar. Hay un elevado índice de insatisfacción con su cuerpo, y por lo tanto, son más propensos a caer en conductas alimentarias de riesgo (Universia, 2010)

La adolescencia es una etapa complicada en la que se producen cambios corporales y mentales que llevan a las y los adolescentes a cuestionar muchas cosas, es por lo tanto una etapa evolutiva del desarrollo individual y social de la persona que la deja expuesta a diversas conductas de riesgo frente a:



Cabe señalar que a pesar de que los trastornos de la alimentación se presentan en más mujeres que en hombres, estas conductas se dan en todos los niveles socioeconómicos ya que según Rodrigo León, investigador de la UNAM, se tiene conocimiento de “casos de anorexia y bulimia en comunidades marginadas o indígenas y en los estratos sociales más altos”. Otro factor importante es que entre el 70 y 80 por ciento de las mujeres que sufren o han sufrido algún TCA, también ha sufrido violencia física, psicológica o algún tipo de agresión sexual (León Hernández: 2011).

### **C. Trastornos de ingesta compulsiva (atracones)**

Un trastorno hace referencia a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que puede presentarse con distintos niveles de severidad, no se refiere a un síntoma aislado ni a una entidad específica claramente establecida. Los trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su

cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etcétera (CNEGSR: 2008)).

Los atracones están desencadenados por estados de ánimo como depresión o ansiedad que un atracón consigue aliviar momentáneamente. En un estudio de la Universidad de Oxford, sobre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, se encontró un subgrupo con trastornos de la conducta alimentaria no especificados, con sintomatología parecida pero fluctuante.

La bulimia y anorexia nerviosas, tienen características específicas, pero este nuevo grupo se caracterizaba por “atracones de comida recurrentes, con pérdida de control sobre la alimentación unido a un malestar clínicamente significativo. El paciente no presenta conductas compensatorias típicas de la bulimia y anorexia”. (Farrera: 2002)

Se evidencia la sensación de falta de control con la comida o bien como episodios de “picoteo” constante e irrefrenable sin sensación de hambre (Giner: 2011). Otra característica es la gran cantidad de alimentos ingeridos, la pérdida de control, comer rápido, generalmente a solas, hasta sentirse completamente lleno, gran cantidad de alimentos sin apetito, con satisfacción después de la ingesta. Hay ansiedad anticipada, con posterior sentimiento de culpabilidad excesiva, depresión, así como preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal.

#### **4. Trastornos de la imagen**

La hiperconexión social que se ha producido como consecuencia de la socialización (globalización) de la revolución científico-tecnológica ha incrementado la complejidad de los procesos de relación social de especie, como nunca antes se había producido.

El uso de la tecnología y la socialización generan nuevas formas de relacionarse en las estructuras etológicas y culturales, somos, en esencia, un primate con marcados instintos sociales dotados de un cerebro desarrollado y bien adaptado que nos proporciona una ventaja: la habilidad para manipular nuestro entorno, es decir, la capacidad humana para dominar y modificar la naturaleza para nuestra conveniencia, situación que se ha extendido hasta nuestro cuerpo. Solo basta echar un vistazo a la publicidad, si alguien quiere aclarar el color de su piel, se venden cremas aclaradoras, se puede cambiar el tono del cabello en base a tintes, el color de ojos, la forma de las cejas, el grosor de los labios, la forma de la nariz, específicamente se puede modificar cualquier parte del cuerpo, mediante infinidad de métodos que van de lo cosmetológico, el ejercicio y lo más extremo como son las cirugías estéticas, lo que nos ha llevado a la inconformidad con nuestro cuerpo y al uso de métodos agresivos y dañinos para modificarlo.

La irrupción de una nueva gama de tecnologías destinadas a manipular y transmitir información ha creado un panorama completamente distinto. Por un lado, hoy existe una red formada por centenares de millones de conexiones permanentes de alta velocidad que pone a la mano una gama de estereotipos a seguir, no importa si se está en México o en Rusia, el estereotipo propuesto por la publicidad “obliga” a cumplir con cánones de belleza física establecidos, y a ellos se enfrentan millones de adolescentes y jóvenes en todo el mundo.

Por otro lado, el proceso de comunicación que hace cada vez más invisibles las distancias y tienden a integrar esa amplia gama de servicios a todos los espacios de la vida, desde el ámbito profesional y público hasta el más privado e íntimo. La persona como tal ha dejado de ser un simple receptor pasivo y se ha convertido en un elemento receptivo y reproductor de estereotipos.

Estamos viviendo una renovada obsesión por la perfección del cuerpo humano, que tiene distintas formas de manifestarse, aunque presenta características comunes en el deseo de poseer una imagen corporal perfecta. Los cánones de

belleza corporal son un hecho que se remonta tiempo atrás en la historia de la humanidad. Sin embargo, es quizás hoy donde el culto al cuerpo cobra una nueva dimensión con relevante implicación social, económica y sanitaria, apoyada y generalizada por el desarrollo de las tecnologías de la información, la comunicación y la participación innegable de los medios masivos de comunicación y la publicidad.

Uno de los medios de comunicación más insistentes en promover la imagen de un modelo de delgadez extrema corporal son las llamadas Revistas del Corazón, o Prensa Rosa, según el Directorio de medios publicitarios mexicanos, alcanzan un tiraje quincenal de 580 mil ejemplares.

Las personas enfocadas en este tipo medios son llamados *personajes del corazón* o comúnmente mencionados como figuras públicas, lo conforman integrantes de la realeza (royals), la aristocracia (socialites), actores, toreros, cantantes, deportistas destacados, presentadores de televisión, modelos (top models) respaldadas por grandes marcas, entre otros.

Las portadas de revistas, los medios digitales, los espectaculares y la publicidad en todos los ámbitos son las más destacan, sin embargo las imágenes presentadas no siempre corresponden a la realidad, ya que muchas veces se recurre al Photoshop.

Si bien es cierto que, estas mismas revistas han dedicado algunos números y artículos a tratar la problemática de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), la realidad es que con su contenido reproducen y aconsejan “una multi variedad de recetas para tener el cuerpo perfecto”.

### **A. La imagen corporal, una obsesión**

La anorexia y la bulimia se han clasificado por la organización Mundial de la Salud (OMS) como trastornos mentales y de comportamiento. Los TCA suponen una alteración del comportamiento en relación con los alimentos en lo que respecta a su elección, ingesta, eliminación y sus conexiones con el peso y el cuerpo.

Se considera que los factores socio-culturales desencadenantes de los trastornos alimentarios son múltiples, entre ellos la publicidad y los medios de comunicación juegan un papel importante, sin embargo éstos sólo pueden explicar en parte el incremento de casos.

La imagen y las dimensiones del cuerpo femenino ideales han ido cambiando históricamente, es decir los modelos de belleza no siempre han sido los mismos ni se han valorado de la misma forma. La cultura de la delgadez extrema impacta directamente en las y los más jóvenes, la prevalencia del modelo estético o ideal de belleza es motivo de presión para las mujeres y es claro que los modelos estéticos se generan y transmiten principalmente a través de los medios de comunicación.

La imagen corporal de mujeres y hombres asume un estereotipo impuesto y representado por las imágenes de mujeres y hombres que se dedican al modelaje o a la actuación y últimamente los personajes de la realeza europea también se ha convertido en patrones a seguir por miles de jóvenes en todo el mundo, lo que ha impuesto cánones de belleza cada vez más peligrosos para la salud de la población de adolescentes y jóvenes que ven en ellos su ideal y que la mayoría desea adoptar sin llegar a considerar sus consecuencias negativas sobre el organismo, tanto que actualmente se considera un problema de salud pública.

No es raro observar cómo se establecen cánones estéticos como símbolo de triunfo social, más allá de cualquier otra cualidad personal, pudiendo llevar a consecuencias graves e irreversibles para algunos de los que se ven envueltos en tales mecanismos de presión ya que se transmite el mensaje de que sólo “siendo muy delgadas y delgados serán más atractivos y tendrán éxito”. (AB. Anorexia y bulimia)\*

Sin embargo a la anorexia y la bulimia se han sumado nuevas prácticas nocivas entre las y los adolescentes como la moda del “bikini bridge (BB) y el thigh gap (TG)” una moda considerada, por los sectores de salud como sumamente peligrosa.

El BB inició como una “broma viral” del portal **4chan** que llegó a ser **trending topic** en **twitter** bajo la etiqueta **#bikinibridge**; si tenemos en cuenta que según la Revista Forbes México, el país es el primer lugar en penetración social media, en el mundo, con 8.6 horas diarias navegando y precisamente son mujeres quienes pasan más tiempo socializando en la red.

El instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) presentó la Encuesta Nacional Sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares, 2015, (ENDUTIH 2015) con información que aporta datos estadísticos sobre la disponibilidad y uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).

Los datos muestran que 14.7 millones de hogares (44.9 por ciento del total nacional) declararon contar con al menos una computadora en condiciones de uso. 55.7 millones de personas son usuarios de una computadora y 62.4 millones utilizan internet en México. El uso de las TIC por género dice que la participación de las mujeres es del 50.8 por ciento, y de este universo el 71.5 por ciento lo utilizan para acceder a redes sociales. La ENDUTIH además revela que entre la población joven el uso de internet es más frecuente, 70.2 por ciento de la población de entre 6 a 17 años utiliza internet, mientras que el 76.5 por ciento de los de 18 a 34 años lo utiliza (ENDUTIH-2015).

Así que mientras, los hombres pasan en promedio 8.2 horas navegando, las mujeres están poco más de 9. El estudio presenta que la franja etaria de usuarios con el uso más intensivo de las redes sociales se encuentra entre la llamada generación millennials, pues uno de cada tres usuarios de redes sociales se encuentra en el rango **de los 15 a los 24 años**; además, en cada visita a sitios de redes sociales, tardan en promedio 16 minutos, de ahí que este tipo de “modas” puede representar un serio peligro para su salud.

Esta moda va de la mano con otra la de las *selfies*<sup>34</sup> que son un vehículo para su difusión. La mujer se toma una selfie y lo hace mostrando la cintura al aire y los pies descalzos con el mar o la piscina al fondo, se muestra la tanga del bikini que se apoya sobre el hueso de la cadera, deja un hueco con respecto al vientre, de ahí su nombre de puente del bikini. Para seguir esta moda hay que estar sumamente delgada, en algunos portales se puede ver una tabla de peso.

Es claro que este tipo de modas no se hubiesen popularizado tan rápido sin la ayuda de Internet. En tan solo unos días, los usuarios consiguieron que fuera lo más comentado en las redes sociales. Sin embargo, encontramos datos de ésta práctica desde el año 2009 en los foros que incitan a la anorexia. Ahora este fenómeno se ha hecho global y la solución no es fácil porque son acepciones escurridizas, es la continuación de otra peligrosa tendencia estética que causó furor en 2013: el *thigh gap*, que es el espacio que les queda a algunas modelos entre los muslos cuando juntan los pies en el suelo. No todo el mundo tiene este hueco entre los muslos, y el empeño en lograrlo puede causar diversos trastornos.

Esta moda fomenta la extrema delgadez, situación que podría salirse de control de no atenderse debidamente.

## **B. Dismorfia muscular (vigorexia)**

Entre los padecimientos de los TCA la Dismorfia Muscular, también conocida como Vigorexia es un trastorno descrito por primera vez en 1993 por el doctor Harrison

---

<sup>34</sup> El término selfie se comenzó a utilizar en gran medida en los últimos años a partir de la cada vez más común práctica (especialmente de jóvenes y adolescentes) a tomarse fotografías de sí mismos por sus propios medios, mostrando determinado peinado, indumentaria, pose o lugar. La selfie es lograda básicamente a partir del importante desarrollo de las tecnologías interactivas, especialmente de los celulares inteligentes o Smart Phones que le dan al individuo la posibilidad de tomarse su propia foto de manera fácil y simple. Además, la selfie se ha vuelto especialmente común a partir del crecimiento de las redes sociales que, en conjunto con estos dispositivos móviles, requieren que la persona se mantenga subiendo fotos o datos de sí mismo de manera continua y permanente. En el caso de las selfies o fotos personales, las mismas suelen ser tomadas y subidas instantáneamente a las redes sociales como Facebook, Twitter y otras.

via Definicion ABC <http://www.definicionabc.com/comunicacion/selfie.php>

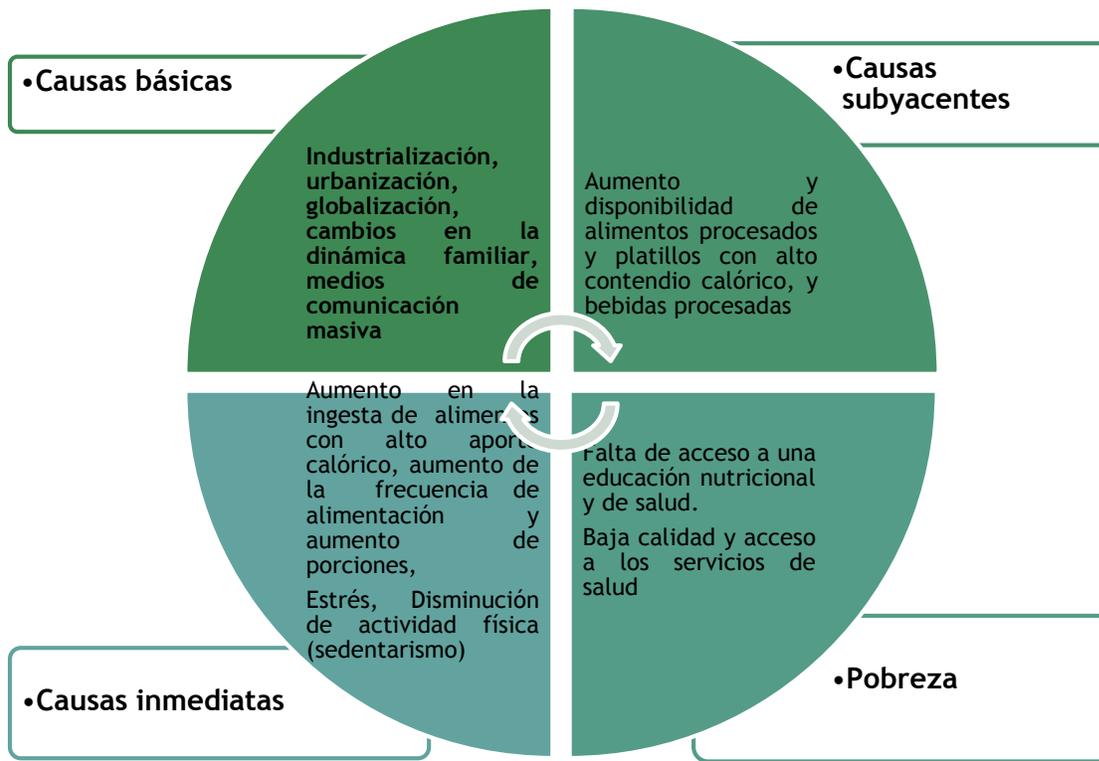
Pope. Es un desorden emocional que se caracteriza por una obsesión enfermiza por ganar masa muscular que afecta principalmente a varones jóvenes, pero que actualmente también lo padecen las mujeres. Los y las afectadas ven su cuerpo poco desarrollado, enclenque, por lo que acuden asiduamente al gimnasio, se observan frecuentemente al espejo y llevan un control estricto tanto de su peso como del perímetro de sus bíceps y torso.

Lo que podría ser el orgullo y tranquilidad de millones de padres, pues prefieren el ejercicio físico a otros hábitos, se convierte en un problema. Son personas enfermas de vigorexia. Cuando el constante ejercicio hace el efecto esperado (crecimiento de la masa muscular) quienes sufren de Vigorexia no lo ven así, creen que siguen débiles, por lo que recurren entonces a una alimentación rica en proteínas y carbohidratos, prescinden de las grasas y, en algunos casos, llegan a consumir hormona del crecimiento, esteroides y anabólicos que causan, entre otros, adicciones y daños a la salud. (Fanjul: 2008)

### **C. Obesidad y sobrepeso**

La salud es parte importante del bienestar de las mexicanas y mexicanos, asimismo es un elemento fundamental para el desarrollo económico del país. Ya que solo a través de una población sana, se puede lograr el desarrollo pleno de sus capacidades y potencialidades.

La Secretaría de Salud en la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes explica que la obesidad es el principal factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares, las dos principales causas de mortalidad general en México. Por lo que resulta necesario tener un panorama de esta problemática desde su origen con el fin de poder comprender sus determinantes y estar en mejores condiciones para evaluar las posibles intervenciones para hacerle frente.



**Fuente:** Modificado de Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes. Secretaría de Salud: 2011

## 5. Marco normativo internacional y nacional

### Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS en la Consulta sobre el Marco mundial en favor de la salud de los adolescentes que se llevará a cabo entre el 7 y el 28 de marzo de 2016, plantea diversas interrogantes entre las que se encuentran, la referente a la salud de los adolescentes:

Se tiene la idea generalizada que el periodo que comprende la adolescencia es el periodo más saludable de la vida. Sin embargo, en 2012 fallecieron alrededor de 1.3 millones de adolescentes (OMS: 2016) la mayoría de los decesos son a causa de situaciones que se hubieran podido prevenir o tratar satisfactoriamente. En los países de altos ingresos, las

tasas de mortalidad entre los 15 y los 19 años son actualmente más elevadas que entre el primer y el cuarto año de vida. Justo cuando los miembros de la sociedad que tienen esta edad empiezan a ser productivos, muchos de ellos fallecen.

La OMS explica que la inversión en los adolescentes ofrece un rendimiento particularmente alto, ya que en el mundo hay 1 200 millones de adolescentes; en muchos países, una de cada cinco personas es un adolescente y por tanto los adolescentes son un grupo poblacional clave:

- **El rendimiento de la inversión en los adolescentes es triple: se mejora su salud y su supervivencia durante esta etapa de la vida, se producen efectos duraderos en su salud en la etapa adulta y se permite que transmitan a sus hijos, la siguiente generación, tales mejoras en la salud. Estos beneficios, a su vez, brindan enormes ventajas sociales, demográficas y económicas e interrumpen la transmisión intergeneracional de las desigualdades.**
- **Por primera vez en su vida los adolescentes comienzan a tomar decisiones autónomas sobre comportamientos básicos que pueden tener importantes repercusiones en su bienestar y la prosperidad de la sociedad: qué comer y en qué cantidad, ejercicio físico, relaciones sexuales o uso de sustancias psicoactivas. Las políticas y los entornos que tienen en cuenta el bienestar de los adolescentes pueden influir en estas decisiones.**

La OMS hasta ahora no reconoce la adicción al ejercicio como una patología. Pero sí la considerable extensión de los trastornos relacionados con la imagen corporal y los hábitos alimentarios que se han estudiado profusamente en cuanto al género femenino, aunque son pocos los trabajos hechos sobre el género masculino. Sin embargo se dispone de datos de investigaciones, sobre todo en Estados Unidos, que hablan de un progresivo interés de los hombres por su imagen corporal (metrosexuales) y del incremento consiguiente de la preocupación por la estética

La Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes cuenta con un marco jurídico en el cual concurren documentos e instrumentos legales diversos. A continuación se presentan algunos de ellos:

## **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**

En su Artículo 4º correspondiente al Derecho a la Salud, en los párrafos tercero y sexto se sintetiza el espíritu que guía y anima no sólo este documento sino la labor entera de la Secretaría de Salud: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

### **Ley General de Salud**

La Ley General de Salud señala las facultades y responsabilidades que a la Secretaría de Salud corresponden y en este sentido permite comprender los alcances de la Estrategia Nacional.

El Artículo 3º señala que es materia de salubridad general: “XII. La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo”.

Por otro lado, en el Artículo 115 se lee que la Secretaría de Salud tendrá a su cargo: I. Establecer un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de la nutrición; II. Normar el desarrollo de los programas y actividades de educación en materia de nutrición, prevención, tratamiento y control de la desnutrición y obesidad, encaminados a promover hábitos alimentarios adecuados, preferentemente en los grupos sociales más vulnerables.

Vale la pena enfatizar que la Estrategia presentada en este documento se sustenta y es encauzada por el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.

### **Ley Federal de Protección al Consumidor**

Es claro que dentro de las acciones que esta Estrategia Nacional contempla es fundamental considerar la seguridad de los consumidores. Por ello, se observan los siguientes principios básicos explicitados en la Ley Federal de Protección al Consumidor. El objeto de esta Ley es promover y proteger los derechos y cultura del consumidor y procurar la equidad, certeza y seguridad jurídica en las relaciones entre proveedores y consumidores.

### **Ley Federal de Radio y Televisión**

Toda vez que la Estrategia Nacional considera acciones con impacto en medios de comunicación, es necesario observar que la Ley Federal de Radio y Televisión señala: Artículo 67.- La propaganda comercial que se transmita por la radio y la televisión se ajustará a las siguientes bases: I. Deberá mantener un prudente equilibrio entre el anuncio comercial y el conjunto de la programación; II. No hará publicidad a centros de vicio de cualquier naturaleza; III. No transmitirá propaganda o anuncios de productos industriales, comerciales o de actividades que engañen al público o le causen algún perjuicio por la exageración o falsedad en la indicación de sus usos, aplicaciones o propiedades. IV. No deberá hacer, en la programación referida por el Artículo 59 Bis, publicidad que incite a la violencia, así como aquella relativa a productos alimenticios que distorsionen los hábitos de la buena nutrición. Fracción adicionada DOF 11-01-1982 Ley General de Educación La Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes plantea acciones intersectoriales, donde el sector educativo es pieza clave, por ello, la Ley General de Educación es parte indispensable en el marco jurídico. En ella se lee: Capítulo I, Artículo 7, fracción X. Desarrollar actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios y adicciones, fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias.

## **Ley General de Salud**

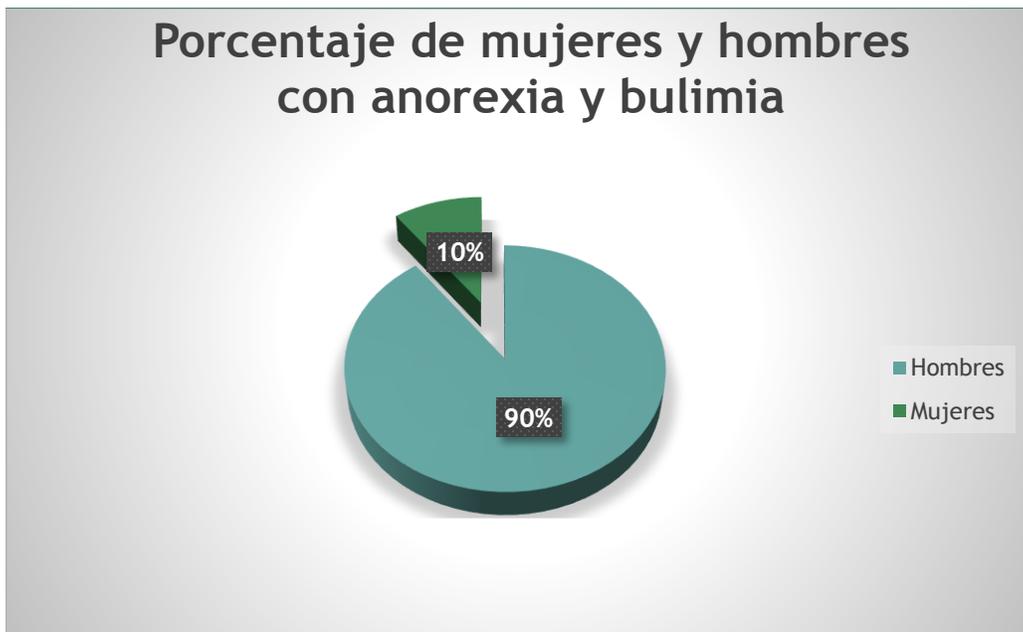
La Ley General de Salud en sus artículos XI y XII se refiere a la educación y prevención en materia de nutrición, sobrepeso, obesidad y hace mención a los trastornos de la conducta alimentaria, entre otros, lo cual conduce a replantear la implementación de políticas públicas de prevención y combate a estos trastornos.

**XI.** La educación para la salud;

**XII.** La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, sobrepeso, obesidad y otros trastornos de la conducta alimentaria, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo;

## Instituto Nacional de Salud Pública de México

**Asimismo, el Instituto Nacional de Salud Pública de México** a través de la Encuesta Nacional de Salud Pública (ENSANUT) 2012, publicó información estadística referente a los trastornos del comportamiento alimentario y estimó que el 90% de los pacientes que padecen anorexia y bulimia son mujeres, mientras que el otro 10% son hombres.



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de la ENSANUT 2012

- La proporción de adolescentes (10 a 19 años) en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria fue de 1.3% (1.9% en el sexo femenino y 0.8% en el sexo masculino).
- La proporción de adolescentes en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria fue medio punto porcentual más alta que la registrada en la ENSANUT 2006.
- Las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en adolescentes mexicanos son preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come.
- En la comparación entre grupos de edad, los varones de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de conductas de riesgo, como comer demasiado y hacer ejercicio, que los de 10 a 13 años.

- Las adolescentes de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de todos los trastornos de la conducta alimentaria (excepto inducir el vómito) que las adolescentes de 10 a 13 años.
- Cada año se registran 20 mil casos de anorexia y bulimia, y la edad promedio de inicio de estos padecimientos fluctúa entre los 14 y los 17 años.
- El 57% de los adolescentes enfermos pueden llegar a tener una vida normal con tratamiento médico; el 40% presenta una curación total, mientras que el 3% de los adolescentes fallecen antes de empezar algún tipo de tratamiento.
- En la población universitaria, entre el 19% y el 30% de las mujeres presenta algún tipo de trastorno con conductas de bulimia y anorexia por su obsesión sobre su imagen corporal, sin tener el resto de los síntomas.
- El 62% de las mujeres deportistas como gimnastas olímpicas, bailarinas de ballet o patinaje a nivel profesional padecen un desorden alimenticio.
- Los trastornos alimenticios aumentaron 300% en México durante los últimos 20 años.
- En 95% de los casos la anorexia y bulimia se desarrollan a partir de hacer una dieta estricta.

### **Secretaría de Educación Pública (SEP)**

Por su parte la Secretaría de Educación Pública (SEP), en la Tercera Encuesta Nacional sobre Exclusión, Intolerancia y Violencia en las Escuelas de Educación Media Superior de la SEP-2013, que aplicó a jóvenes entre 15 y 18 años, presentó datos estadísticos alarmantes.

El documento de la SEP analiza las respuestas a las preguntas que permiten distinguir posibles factores de riesgo y conductas o acciones que se dirigen a proteger a los jóvenes escolarizados en media superior, entre otros, algunos hábitos y conductas (adicciones, deportes).

Los planteles de educación media superior albergan una población de 4.4 millones de jóvenes mexicanos que cursan estudios de nivel medio superior de los cuales:

- El 25% de las mujeres encuestadas de entre 15 y 18 años han dejado de comer por 12 horas por miedo a engordar.

- Uno de cada 10 alumnos varones de bachillerato recurre al ayuno como método contra la obesidad o sobrepeso.
- El 28.8% de las mujeres encuestadas y el 18.6% en el caso de los varones, han tomado pastillas para bajar de peso y el 24% de los encuestados, lo ha hecho en los últimos 3 meses.
- Una de cada 10 personas encuestadas entre hombres y mujeres han vomitado para bajar de peso.
- El 11.3% de las mujeres encuestadas y el 6.2% en varones, han tomado diuréticos para bajar de peso, mientras que el 13.5% en mujeres y el 7% en hombres, confesaron tener prácticas bulímicas para perder peso.

### **Consideraciones finales**

A los TCA, entre los cuales se encuentra la anorexia y la bulimia, se han sumado nuevos trastornos, entre los que podemos mencionar el atracón, el comedor compulsivo, la dismorfia muscular, etc. Enfermedades que constituyen un problema de salud emergente que tiene un fuerte impacto en la sociedad.

La problemática asociada a estos trastornos es tan variada y multifactorial, que hace necesaria el diseño e implementación de políticas públicas que incluyan la atención considerando los aspectos clínicos, familiares, culturales, sociales y educativos que intervienen. Como consecuencia de lo anterior, no es suficiente un abordaje exclusivo desde la perspectiva sanitaria, se requieren estrategias transversales desde el enfoque de género

y derechos humanos que involucren los distintos sectores y agentes implicados, para construir un andamiaje institucional capaz de dar respuesta con la sensibilidad e integralidad que requiere la especial situación de las mujeres que padecen estos TCA y de sus familiares.

En el campo de la participación de los medios masivos de comunicación y las redes sociales es de urgente resolución que se tomen las medidas necesarias para legislar a favor de la protección de las y los adolescentes, con medidas que identifiquen y organicen desde la educación básica el cuidado y la salud física y mental de esta población.

En las fuentes consultadas para el presente estudio, ha quedado de manifiesto, el nivel de riesgo al que se ven expuestas las niñas y mujeres con TCA, los cuales traen consigo una serie de afectaciones en detrimento de su salud y de su calidad de vida.

En el caso de México, esta problemática social que alcanza dimensión de urgente en salud pública, no se llega a identificar y menos de manera articulada en el conjunto del marco de las políticas públicas y el presupuesto, así como tampoco es posible encontrar programas presupuestarios con acciones específicas orientadas a la prevención y atención de la anorexia, la bulimia, y el atracón cuya población objetivo son prioritariamente las niñas y las mujeres.

En el otro extremo de las conductas alimenticias, lo que sí parece constituir una preocupación en la agenda de política pública es el problema de la obesidad, acerca del cual se reconoce en los instrumentos marco de política pública, como un fenómeno (epidemia) que genera problemas importantes de salud en gran parte de la población en México. La obesidad se encuentra plenamente identificada como un problema de salud pública que ha crecido de manera significativa en México, siendo que nuestro país ocupa el primer lugar en el mundo, con población obesa. Sin embargo otros trastornos de conducta alimenticia asociados como los que nos ocupan también van en ascenso tanto en mujeres como en hombres.

En relación al tema del estudio, los problemas relacionados con desordenes de la personalidad y la depresión como es la bulimia y la anorexia, tienden a considerarse o interpretarse como asuntos de carácter individual o privado, sin considerar la posición y la situación que tienen las mujeres en la sociedad, lo que las cifras, sus interpretaciones y explicaciones en relación a la salud de las mujeres en general no favorecen el análisis al respecto del bienestar social de las mujeres o la falta del mismo, lo que influye en la toma de decisiones para políticas públicas.

Considerar la detección precoz y el tratamiento de los síntomas depresivos como medida preventiva a futuras apariciones de (TCA), así como el tratamiento psiquiátrico y psicológico a las personas que sufren obesidad como consecuencia de un trastorno de la conducta alimentaria (trastorno por atracones), para su curación. Tomar en cuenta que la adopción de hábitos alimentarios anómalos es la consecuencia de un trastorno de la conducta alimentaria y no su causa

A manera de conclusión final, se observan importantes retos hacia el Estado Mexicano en relación a la inclusión de los TCA con perspectiva de género en la agenda pública, con un enfoque multidisciplinario e intersectorial en el diseño e implementación de políticas públicas para la problemática aquí presentada.

## Referencias

[Cara de pato, bikini bridge y otros pecados - Noticias](http://mundo.sputniknews.com/spanish_ruvr_ru/2014_01_20/Cara-de-pato-bikini-bridge-y-otros-pecados-8886/)

[http://mundo.sputniknews.com/spanish\\_ruvr\\_ru/2014\\_01\\_20/Cara-de-pato-bikini-bridge-y-otros-pecados-8886/](http://mundo.sputniknews.com/spanish_ruvr_ru/2014_01_20/Cara-de-pato-bikini-bridge-y-otros-pecados-8886/)

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Guía de Trastornos Alimentarios. Secretaría de Salud. México. 2008.

DOF. Ley General de Salud. Última Reforma, 2013. En página del Congreso de la Unión. Consultada en marzo de 2016.

Diario Oficial de la Federación (DOF) 2013. *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México:

Fanjul, Peyró Carlos. Vigorexia: Una mirada desde la publicidad. Editorial Fragua. Madrid. 2008.

Giner, Lladós Montse. Personalidad y psicopatología en el trastorno por atracón. Facultad de Medicina i Ciénces de la Salut. Barcelona. 2011.

Guía de Trastornos Alimenticios Primera Edición 2004 D.R. © Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Secretaría de Salud Guadalajara 46, 7º Piso Colonia Roma 06700, México, D.F. Impreso y hecho en México

[http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/anorexia-y-bulimia/1\\_-1\\_-trastornos\\_de\\_la\\_conducta\\_alimentaria.pdf](http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/anorexia-y-bulimia/1_-1_-trastornos_de_la_conducta_alimentaria.pdf). Recuperado febrero de 2016.

Encuesta Nacional Sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares, 2015

[http://www.ineqi.org.mx/saladeprensa/boletines/2016/especiales/especiales2016\\_03\\_01.pdf](http://www.ineqi.org.mx/saladeprensa/boletines/2016/especiales/especiales2016_03_01.pdf)

Jordi, Salas Salvadó, Pilar García Lorda, Josep M. Sánchez i Ripollès. La alimentación y la nutrición a través de la historia. Editorial Glosa, S.L., Barcelona 2005

Lameiras, Fernandez María. (Cols). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin Trastornos alimentarios. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. Vol. 06. Nú. 02, Diciembre 2015. UNAM.

La moda del bikini Bridge una moda peligrosa en: <http://www.lavanguardia.com/de-moda/belleza/corporal/20140120/54400309032/broma-bikini-bridge-moda-peligrosa-promueve-delgadez.html>

Organización Mundial de la Salud. Ginebra CIE-10. Trastornos mentales y de comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Revista Médica. 1992

Ochoa GL y cols. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. Revista Odontológica Mexicana. Vol. 12, Núm. 1. Marzo 2008. UNAM. México.

OMS, Promoción de la Salud. Glosario, 1998 en [http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf)

Penna, Tosso Melani y cols. A,B, C... Anorexia, Bulimia y Comedor Compulsivo. Manual para docentes. Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid. NUTCAM. S.F.

Platón, Jenofonte, Aristóteles, Alcifrón, (otros). A favor de las mujeres. Edit. Ofgloma, S.A. México. 2003.

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, en [http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012\\_Sint\\_Ejec-24oct.pdf](http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf). Recuperado el 16 de marzo de 2016.

Tercera Encuesta Nacional sobre Exclusión, Intolerancia y Violencia en las Escuelas de Educación Media Superior de la SEP-2013. [http://www.sems.gob.mx/work/models/sems/Resource/11599/5/images/sems\\_encuesta\\_violencia\\_reporte\\_130621\\_final.pdf](http://www.sems.gob.mx/work/models/sems/Resource/11599/5/images/sems_encuesta_violencia_reporte_130621_final.pdf)

Universia. (2011b). *“Estereotipo delgado, la nueva forma de violencia contra la mujer”*. Artículo original, consultado el 16 de marzo 2016, disponible en: <http://noticias.universia.net.mx/translate/es-pt/en-portada/noticia/2011/01/11/778616/estereotipo-delgado-nueva-forma-violencia-contra-mujer.html>

Universia. (2011a). *“Aumentan 15 veces los casos de Bulimia y Anorexia en México”*. Artículo original, consultado el 16 de marzo 2016, disponible en: <http://noticias.universia.net.mx/translate/es-pt/en-portada/noticia/2011/07/04/842642/aumentan-15-veces-casos-bulimia-anorexia-mexico-unam.html>

Vázquez, Rubén. ¿Qué país es donde el porcentaje de penetración de redes sociales entre usuarios de Internet es el más alto? Exacto, México. En Revista Forbes México. <http://www.forbes.com.mx/mexico-primer-lugar-en-penetracion-social-media/>. Recuperado el 16 de febrero de 2016.



CENTRO DE ESTUDIOS PARA EL ADELANTO DE LAS  
MUJERES Y LA EQUIDAD DE GÉNERO

Cámara de Diputados  
LXIII Legislatura  
31 de Marzo 2016

<http://ceameg.diputados.gob.mx>  
[ceameg.difusion@congreso.gob.mx](mailto:ceameg.difusion@congreso.gob.mx)

50-36-00-00 / 01-800-1-22-68-72 Ext. 59218

Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género

C. Adriana Gabriela Ceballos Hernández  
Directora General

Lic. Mariano José Mejía López  
Director de Estudios Jurídicos  
de los Derechos Humanos de las Mujeres y la Equidad de Género

Lic. Blanca Judith Díaz Delgado  
Directora de Estudios Sociales  
de la Posición y Condición de las Mujeres y la Equidad de Género

Dirección de Estudios Sociales  
de la Posición y Condición de las Mujeres y la Equidad de Género  
Elaboración