

ALEJANDRO RAMOS ESCOBEDO (coord.)

Mitos y realidades en salud-enfermedad



EDITORIAL
UNIVERSITARIA

Centro
Universitario
de Ciencias
de la Salud

Universidad
de Guadalajara

A decorative header with a repeating geometric pattern of interconnected polygons in shades of gray.

Mitos y realidades en salud-enfermedad

ALEJANDRO RAMOS ESCOBEDO (coord.)

Mitos y realidades en salud-enfermedad



Universidad
de Guadalajara



Itzcóatl Tonatiuh Bravo Padilla
Rectoría General

Miguel Ángel Navarro Navarro
Vicerrectoría Ejecutiva

José Alfredo Peña Ramos
Secretaría General

Jaime Andrade Villanueva
Rectoría del Centro Universitario
de Ciencias de la Salud

José Antonio Ibarra Cervantes
Corporativo de Empresas Universitarias

Edgardo Flavio López Martínez
Encargado del despacho de la Editorial
Universitaria

Primera edición, 2014

Coordinación
© Alejandro Ramos Escobedo

Textos
© Ana Leticia Salcedo Rocha, Javier Eduardo
García de Alba García, Víctor Hugo Ramírez
Siordia, Rosa Elizabeth Sevilla Godínez, Alicia
Almanzar Curiel, Alejandro Ramos Escobedo,
Osmar Juan Matsui Santana, Laura Teresa Flores
González, Martha Villaseñor Fariás

Coordinación editorial
Sayri Karp Mitastein

Diseño de interiores y portada
Edgardo Flavio López Martínez
Virginia Ramírez Moreno

Diagramación e ilustraciones
Virginia Ramírez Moreno
Gustavo Alonso Ortega López

Corrección
Sofía Rodríguez Benítez

Mitos y realidades en salud-enfermedad /
Alejandro Ramos Escobedo, coord. ; Ana Leticia
Salcedo Rocha... [et al]. – 1a ed. – Guadalajara,
Jalisco: Editorial Universitaria : Universidad de
Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la
Salud, 2014.
164 p. : il. ; 23 cm. – (Colección Monografías de
la Academia)

Incluye referencias bibliográficas

ISBN 978 607 450 962 5

1. Familias-Salud e higiene 2. Antropología de
la salud 3. Medicina social I. Ramos Escobedo,
Alejandro, coord. II. Salcedo Rocha, Ana Leticia
III. Serie.

306.461 .M68 CDD
RA 418.5 .F3 .M68 LC

Este libro es resultado del trabajo de investigación
del cuerpo académico núm. 513, Cultura y Sociedad
en los Procesos Salud-Enfermedad

D.R. © 2014, Universidad de Guadalajara



Editorial Universitaria
José Bonifacio Andrada 2679
Colonia Lomas de Guevara
44657 Guadalajara, Jalisco

01 800 834 54276
www.editorial.udg.mx

ISBN 978 607 450 962 5

Marzo de 2014

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

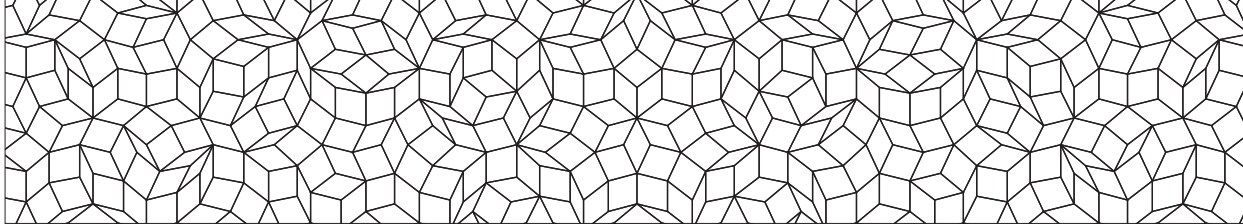


Este trabajo está autorizado bajo la licencia Creative Commons Atribución-
NoComercialSinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND) lo que significa que el
texto puede ser compartido y redistribuido, siempre que el crédito sea otorgado al
autor, pero no puede ser mezclado, transformado, construir sobre él ni utilizado con
propósitos comerciales. Para más detalles consúltese <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Todos los derechos de autor y conexos de este libro, así como de cualquiera de sus contenidos, se encuentran reservados y pertenecen a la Universidad de Guadalajara. Por lo que se prohíbe la reproducción, el registro o la transmisión parcial o total de esta obra por cualquier sistema de recuperación de información, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, existente o por existir, sin el permiso por escrito del titular de los derechos correspondientes.
Queda prohibido cualquier uso, reproducción, extracción, recopilación, procesamiento, transformación y/o explotación, sea total o parcial, sea en el pasado, en el presente o en el futuro, con fines de entrenamiento de cualquier clase de inteligencia artificial, minería de datos y texto y, en general, cualquier fin de desarrollo o comercialización de sistemas, herramientas o tecnologías de inteligencia artificial, incluyendo pero no limitando a la generación de obras derivadas o contenidos basados total o parcialmente en este libro y/o en alguna de sus partes. Cualquier acto de los aquí descritos o cualquier otro similar, está sujeto a la celebración de una licencia. Realizar alguna de esas conductas sin autorización puede resultar en el ejercicio de acciones jurídicas.

Índice

7	Prefacio ALEJANDRO RAMOS ESCOBEDO	
13	Capítulo 1. Mitos y realidades sobre la diabetes <i>mellitus</i> ANA LETICIA SALCEDO ROCHA JAVIER EDUARDO GARCÍA DE ALBA GARCÍA	
35	Capítulo 2. Mitos y realidades acerca de las enfermedades mentales VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SIORDIA	
78	Capítulo 3. Mitos y realidades en torno a accidentes en niños ROSA ELIZABETH SEVILLA GODÍNEZ ALICIA ALMANZAR CURIEL	
105	Capítulo 4. Mitos y realidades del proceso legal de divorcio ALEJANDRO RAMOS ESCOBEDO	
139	Capítulo 5. Mitos y realidades sobre sexualidad OSMAR MATSUI SANTANA LAURA TERESA FLORES GONZÁLEZ MARTHA VILLASEÑOR FARÍAS	



Prefacio

ALEJANDRO RAMOS ESCOBEDO

La presente obra tiene su origen en la confirmación de que algunos mitos o creencias de las personas se disipan cuando enfrentan determinadas experiencias. Es un hecho que un buen número de mitos relacionados con aspectos de salud-enfermedad y salud emocional son el resultado de la desinformación, del desconocimiento, de la falta de oportunidades educativas e informativas.

La realización del coloquio “Mitos y realidades de la vida cotidiana: salud-enfermedad y vida común”, efectuado en el mes de diciembre de 2010 en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, constituyó de manera importante la base que generó la idea de adaptar algunas de las ponencias presentadas, en trabajos que constituyeran una publicación. En términos generales, la idea inicial sólo pretendía explorar cuáles eran algunos de los mitos de nuestra cultura relacionados con la salud-enfermedad y la salud emocional de las personas, así como sus características cualitativas.

En principio, se planteó el desarrollo de una compilación temática, pero tal objetivo se alejaba en parte de la finalidad de dirigir la información a un público más amplio, ya que una obra temática podía entenderse como un libro para especialistas. Además, resultaba más difícil conjuntar una obra temática desde distintos enfoques interdisciplinarios. De igual forma, pensando en un público general, el hecho de agrupar mitos referentes a diversos aspectos de la vida cotidiana resultaba más enriquecedor y atractivo. Otro factor que influyó en la realización de la obra fue el hecho de advertir la ausencia de materiales que aborden los mitos, su relación con la salud-enfermedad, y dirigidos a un público no especializado.

En definitiva y de acuerdo a las características de salud-enfermedad de la cultura mexicana, se reconoció la necesidad de atender otros temas imprescindibles que por razones de espacio y tiempo no se han incluido aquí: mitos acerca de distintos tipos de cáncer, alcoholismo, drogadicción y su atención terapéutica, alimentación y obesidad.

Parte de nuestra vida cotidiana se desarrolla atendiendo incontables aspectos e innumerables creencias o mitos. Por lo tanto, es necesario enfatizar que aquí nos ocuparemos sólo de algunos de ellos relacionados con la salud-enfermedad,

incluidos aspectos de salud emocional. La historia cultural muestra que los mitos han formado parte de la naturaleza del ser humano. Es una realidad que mientras que algunos mitos llegan a transformarse o extinguirse, otros prevalecen en las personas a lo largo de su vida. Algunos mitos de la vida cotidiana se disipan cuando las personas se enfrentan a las realidades.

No se trata de abordar el mito (del griego *mythos*, 'cuento') como relato de acontecimientos imaginarios y extraordinarios, protagonizados habitualmente por seres sobrenaturales o dioses, semidioses, héroes o monstruos. Tampoco se trata de rescatar relatos y leyendas como lo hacen los folcloristas, o el mito como acompañante de rituales.

Por el amplio desarrollo de la tradición antropológica sobre los mitos y sus diversos significados sociales, debemos aclarar que, para este caso en particular, por mito se entienden las diversas creencias que no tienen una cabal comprobación, acerca de diferentes aspectos de la vida: salud-enfermedad, drogas, alimentación, sexualidad, violencia, leyes, equidad-inequidad, salud mental, vejez, etcétera, que como consecuencia de la casualidad, costumbre, especulación, ignorancia, superstición, educación cultural, suelen prevalecer y orientar diferentes comportamientos.

De igual forma, por mitos de la vida cotidiana deben entenderse las ideas o creencias acerca de diferentes aspectos de la vida que no siempre corresponden con las realidades. Es decir, en muchos casos son especulaciones que la gente sostiene o sigue porque no tiene medios, recursos o intenciones de probarlas, o bien, porque debido a la casualidad cree obtener algunos resultados coincidentes con dichas ideas o creencias. Por ejemplo, muchas personas creen firmemente que el proceso legal de divorcio es traumático y desgastante, hasta que lo experimentan. En la década de los ochenta, surgió la creencia de que el sida podía contagiarse con tan sólo dar la mano, a través del sudor, las lágrimas, los besos o los piquetes de mosquitos. En muchas ocasiones, algunos de estos mitos forman parte del sistema cultural y la gente los considera verdaderos.

La contraparte de un mito es lo que efectivamente acontece en la realidad, sea ésta social, física, biológica, etcétera. Es necesario advertir que los mitos forman parte de un sistema de creencias que suele proporcionar explicaciones a diferentes eventos: la suerte, la salud-enfermedad, el infortunio, el destino, la fatalidad. Así tenemos, por ejemplo, que cuando un niño pequeño muere a causa de asfixia por inmersión, los adultos en lugar de asumir su responsabilidad suelen argumentar explicaciones místicas.

Lo relevante de este tipo de mitos es que en ocasiones están relacionados con consecuencias para la salud, sea física o emocional, pero no siempre en forma inmediata sino a mediano o largo plazo. En este caso particular, algunos sinónimos de mito de la vida cotidiana pueden ser: falsedad, invención, desconocimiento, exageración, superstición, engaño, riesgo...

Es un hecho que el mito responde a una necesidad fundamental del ser humano. Por más conocimiento científico que tenga ahora el mundo moderno, los mitos pueden surgir y ser resistentes. En pleno arranque del presente siglo XXI, en México, en muchas personas nació, y prevalece, la idea de que la vacuna contra la influenza¹ ocasiona la enfermedad y otros padecimientos. Como consecuencia, muchas personas se abstuvieron de aplicarse dicha vacuna.

En términos generales, los mitos pueden dar un sentido de control sobre la existencia, de protección emocional y física, pero de forma especial en la explicación y búsqueda de soluciones ante situaciones enigmáticas o misteriosas. La literatura especializada sobre mitos por lo común se dirige a profesionistas o miembros de la comunidad académica. Por consiguiente, uno de los propósitos de esta obra es informar al lector común y reorientar algunos de los manejos y prácticas relacionados con su salud. Sin embargo, no se trata de plantear un manual de sugerencias o prescripciones rápidas, sino de promoción de la salud, con la intención de influir de alguna forma en el bienestar físico y emocional de la población, ofreciéndole información y, en consecuencia, previniéndola. Es comprensible que el lector encuentre los temas aquí tratados muy distintos entre sí o poco homogéneos, sin embargo, es un hecho que en la vida cotidiana se presentan de manera simultánea, se entrecruzan y cohabitan.

Como ya se indicó, el presente trabajo tiene como propósito explorar el significado de estas creencias y que esta información sea traducida a un lenguaje fácil de comprender. La producción y transmisión de este tipo de creencias son exigidas y determinadas socialmente, no tienen un autor, pertenecen al grupo social que las produce. Por lo tanto, pueden ser objeto de desciframiento, ya que se trata de integrar algunos de sus aspectos cualitativos y explorar parte de su naturaleza cultural.

En algunos casos concretos de salud física o emocional, es útil considerar que “ser víctima de una creencia o de una ilusión sólo puede ser achacado precisamente a las ilusiones y creencias mismas”.² Por ejemplo, la psiquiatría se ha encargado de desmentir algunos de los numerosos mitos sobre la salud mental, como los siguientes: la gente con enfermedades mentales es violenta e impredecible, las enfermedades mentales no pueden afectar a cualquiera, las enfermedades mentales son consecuencia de la debilidad de carácter, los niños no experimentan las enfermedades mentales. No obstante, la psiquiatría maneja un lenguaje técnico y especializado, en rara ocasión escribe para un público común.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no

¹ La influenza es una enfermedad viral contagiosa, y riesgosa cuando el virus ataca los pulmones y causa neumonía.

² Claude Lévi-Strauss, *Mito y significado*, Alianza Editorial, México, D.F., 1989, p. 11.

solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de la persona estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Con base en lo anterior, es oportuno aclarar que éste es un estudio que considera útil conocer y analizar los determinantes o condicionantes de la salud a través del análisis de ciertos mitos. No está por demás recordar que la salud está directamente relacionada con nuestro estado emocional y con nuestra forma de ser y enfrentar la vida.

Para la comprensión de los mitos aquí abordados, en esta obra se parte del fundamento de que la experiencia es una acción simbólica. Es decir, se comparte el principio de que la experiencia comprende subjetividad, interpretación y significados. En otras palabras, los mitos o creencias son concebidos como productos culturales susceptibles de ser explorados e interpretados.

Debido a que la cultura es en ocasiones una trama, es decir, un tejido difícil de descifrar, la finalidad es explicar expresiones sociales —como los mitos— que son enigmáticas en su superficie.³ En el entendimiento de los mitos que nos ocupan, es oportuno tomar en cuenta la descripción del discurso que las personas usan para definir lo que les sucede, su punto de vista de lo que les pasa y las interpretaciones que hacen de su experiencia. La cultura es un contexto dentro del cual pueden describirse todos esos fenómenos de manera comprensible.

Resulta necesario recordar que en las diferentes culturas, las preocupaciones comunes de las personas respecto de salud, enfermedad, sexualidad, equidad y muchos más aspectos de la vida, no se expresan de la misma manera ni en la misma proporción entre una cultura y otra. Por consiguiente, lo expresado y afirmado en esta obra no es válido ni generalizable para otras latitudes culturales.

Por lo menos en México, diversos mitos van acompañados de actitudes supersticiosas; esto último es lo que alimenta y otorga al mito su característica particular. Entre éstos se encuentran: levantarse del lado derecho de la cama, no pasar por debajo de una escalera, sacudirse la ropa al sonido del afilador, evitar los gatos de color negro, portar amuletos de la suerte, evitar vestir ropa de ciertos colores, no combinar determinados alimentos o consumirlos en ciertos horarios... El aprendizaje y la adopción de algunos de estos mitos se efectúan por influencia familiar, pero otros obedecen a influencia del grupo de amigos, medios de comunicación, o son adquiridos por experiencias personales. Hay que señalar que en muchas ocasiones, a pesar de que las personas dudan de la veracidad del mito, no dejan de tener un comportamiento supersticioso “por aquello de las dudas”, pues “no vaya a ser... (verdad)”.

También resulta importante apuntar que en el lenguaje cotidiano suele hablarse de un mito cuando determinadas circunstancias sociales son encubiertas o aclaradas a medias debido a determinados intereses. Entre este tipo de mitos pueden mencionarse temas como la disminución de la pobreza, criminalidad,

³ Clifford Geertz, *La interpretación de las culturas*, Gedisa, Barcelona, 1988, p. 20.

epidemias, desempleo, inseguridad... Sin embargo, debido a su importancia social requieren de una investigación aparte.

El hecho de cómo los mitos relacionados con la salud-enfermedad se originan, prevalecen o se extinguen merece ser observado y examinado. En el año 2009, en Estados Unidos se publicó un artículo que aseguraba echar por tierra algunos mitos relacionados con la salud, por medio de investigaciones, entre ellos: comer de noche engorda, el azúcar provoca hiperactividad en los niños, el humano usa sólo 10% de su cerebro, se pierde más calor corporal por la cabeza, leer con poca luz daña los ojos, las uñas y el pelo crecen después de la muerte, se debe tomar dos litros de agua al día, los suicidios aumentan en navidad y año nuevo, rasurar el pelo hace que crezca más rápido y grueso, la resaca ("cruda") es curable... Sin embargo, a cada mito se daban explicaciones como la siguiente: la obesidad se produce cuando se consumen más calorías de las que se gastan, sin importar en qué horario se ingieran. Y se cita un estudio sobre hábitos alimentarios aplicado a 2,500 personas, mediante el que no se encontró relación entre comer de noche y subir de peso.⁴

Pese al avance de la ciencia médica, algunos mitos sobre salud continúan arraigados entre las personas. No resulta nada extraño que el personal médico tenga que lidiar con estas creencias. Algunos de estos mitos son los siguientes: la saliva es un buen desinfectante, los chicles dañan los dientes, tomar mucha agua adelgaza, mucho ejercicio puede ser mortal, los edulcorantes causan cáncer, las inyecciones son el modo de tratamiento más rápido, sentarse en una silla aún caliente puede contagiar enfermedades de transmisión sexual, bañarse con agua fría aumenta los cólicos menstruales, poner rodajas de papa en la frente hace bajar la fiebre de los niños, la salida de los dientes causa diarrea en los niños...⁵

Conviene aclarar que algunos de estos mitos son parcialmente ciertos, por ejemplo, la papa es rica en agua, el agua promueve el intercambio de calor desde el cuerpo, lo que puede ayudar a bajar la fiebre. Lo mejor es aplicar compresas húmedas. En el caso de la saliva humana, en realidad contiene una sustancia denominada lisozima, que tiene un poder bactericida muy bajo, capaz de destruir gérmenes relativamente inofensivos. Esta creencia puede tener su origen en la imitación de la conducta de los animales, pero lo más probable es que la aplicación de saliva en las heridas favorezca el transporte de gérmenes más agresivos y así aumente el riesgo de infección.

En definitiva, en la vida cotidiana existen diversos tipos de mitos, trascendentes e intrascendentes, inofensivos y riesgosos, amables y desagradables. Hay algunos que incluso llegan a ser divertidos y forman parte del entretenimiento de las personas.

⁴ <http://www.lacajarota.com/cientificosdesmienten-10mitos-sobre-lasalud>.

⁵ <http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/articulo>.

Ahora bien, aunque los mitos son el eje central de esta obra, conviene señalar que no es un libro orgánico, secuencial o temático. El orden de los capítulos es arbitrario y obedece a circunstancias propias de la edición. Para la presentación y descripción de los resultados en la exploración de los mitos, el documento fue ordenado de la siguiente forma. En el capítulo I se presentan los principales mitos y realidades sobre la diabetes *mellitus*. Se explica la estructura cognitiva del paciente que padece esta enfermedad, así como algunos de los modelos cognitivos compartidos sobre el padecimiento. Se concluye que es necesario aplicar un enfoque de diálogo intercultural y de ecología de saberes para lograr acuerdos que beneficien a la población afectada y aporten a la estructuración de una verdadera cultura de la salud.

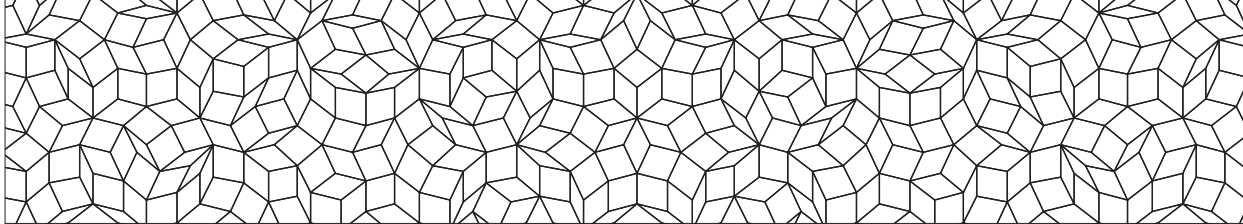
En el capítulo II se describen algunos mitos y realidades que existen en nuestro medio respecto de las enfermedades mentales. Se explica cómo en torno a la enfermedad mental se suele plantear una serie de creencias como si fueran hechos comprobados, y a partir de ellas se pretende negar su existencia. Las enfermedades mentales existen, surgen del cerebro, se expresan a través de la mente y son motivo de enorme dolor, sufrimiento y discapacidad para las personas que tienen la desgracia de padecerlas.

El capítulo III contiene los principales mitos y realidades sobre los accidentes en niños pequeños. Se presentan evidencias de su falsedad o su certeza y finalmente se ofrecen posibilidades de prevención para lograr mejorar el ambiente en donde se desenvuelve el niño y las condiciones que pueden modificarse mediante conductas y hábitos específicos.

En el capítulo IV se describen mitos y realidades del proceso legal de divorcio por mutuo consentimiento. El desconocimiento sobre aspectos elementales del proceso de divorcio es un hecho generalizado entre la población. La información resulta vital para tomar las decisiones que requiere un asunto tan relevante.

En el capítulo V se presentan algunos de los mitos y realidades sobre conceptos referentes a la sexualidad: circuncisión, sexualidad infantil, pene, masturbación, embarazo y pornografía; y se dan explicaciones científicas sobre los mismos. La sexualidad es uno de los componentes fundamentales de la vida de los seres humanos, pero históricamente se la ha abordado poco en el discurso público, limitándola sólo a ciertos aspectos y desde posturas de negación o prohibición. También, a ella se han asociado indiscriminadamente y de manera prejuiciada diversas emociones, como miedo, rabia, enojo, culpa, repugnancia, celos, ansiedad, resentimiento, envidia, alegría, vergüenza y amor, lo que ha generado una serie de mitos y creencias erróneas consideradas verdades en los sistemas culturales.

Los mitos y realidades presentados son el resultado de la investigación y exploración en un periodo y una época determinados, por lo tanto, su vigencia no debe concebirse como algo inalterable. Lo expuesto y afirmado en la obra es responsabilidad de los respectivos autores.



CAPÍTULO 1

Mitos y realidades sobre la diabetes *mellitus*

ANA LETICIA SALCEDO ROCHA

JAVIER EDUARDO GARCÍA DE ALBA GARCÍA

¿Qué es un mito en la actualidad? Daré una primera respuesta muy simple, que coincide perfectamente con su etimología: El mito es un habla.

Roland Barthes

Introducción

La diabetes como problema de salud pública

Los casos de enfermos de diabetes *mellitus* se han incrementado escandalosamente en las últimas décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que actualmente hay 171 millones de personas con diabetes *mellitus* y que para el año 2030 la cifra aumentará a 366 millones de enfermos, más del doble. México es y seguirá siendo uno de los países más afectados (Wild, Roglic, Green *et al.*, 2004).

La tasa de enfermos de diabetes *mellitus* en México en 1993 fue de 8.5 por cada 100 habitantes, para el año 2000 fue de 10.3 (Aguilar y cols., 2003) y actualmente en una revisión de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición se habla de 14 personas con diabetes *mellitus* por cada 100 mexicanos (Villalpando, Shamah, Rojas *et al.*, 2010). Lo preocupante es que poco menos de 50% de ellos no sabían que la padecían.

Desde el año 2000, la diabetes *mellitus* ha ocupado un sitio entre los primeros cinco lugares de recurrencia de enfermedad en el país y en el estado de Jalisco. La situación es crítica, pues la diabetes *mellitus* y la hipertensión arterial amenazan con absorber la gran totalidad del presupuesto de atención médica de las principales instituciones de salud públicas, como la Secretaría de Salud, el Instituto

Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE).

Otro dato que ejemplifica la gravedad del problema es que en nuestro propio estado de Jalisco, cada día mueren 10 personas por diabetes *mellitus*; de ellas, 46% son varones y 54% mujeres. Además, tan sólo en el IMSS se realizan dos amputaciones diarias por causa de complicaciones de los nervios y las arterias de las extremidades inferiores, a consecuencia de esa enfermedad (Salcedo Rocha y García de Alba, 2004a).

Es importante señalar que:

- En México, la diabetes *mellitus* tipo 2 representa 95% de las incidencias y es responsable de la mayor parte de los casos de gangrena en las extremidades inferiores, afecta a más de 50% de los pacientes con 15 o más años de antigüedad diagnóstica (Aguilar Salinas y cols., 2003).
- Una persona con diabetes *mellitus* tiene hasta cuatro veces más riesgo de padecer angina de pecho y cinco veces más de sufrir una hemorragia cerebral. Asimismo, 50% de las personas con diabetes *mellitus* presentan alteraciones de colesterol, triglicéridos, presión arterial elevada y obesidad (Wild, Roglic, Green *et al.*, 2004).

El proceso de elevación del azúcar glucosa en sangre y su prevención

Consideramos que el dramático cuadro epidemiológico de la diabetes en México es aún prevenible, sobre todo si tomamos en cuenta que la diabetes *mellitus* es sólo la penúltima etapa de un proceso que se inicia desde la concepción y que se ve afectado por la interacción del hombre con el ambiente y de éste con la naturaleza a lo largo de su existencia.

Por lo anterior, es más apropiado pensar y hablar del proceso de elevación del azúcar glucosa en la sangre que de adquisición abrupta de diabetes, ya que este proceso inicia durante la etapa fetal por una o más de estas causas:

- Herencia cromosómica.
- Desnutrición *in útero*.
- Madre gestante que padece diabetes *mellitus* tipo 2, o diabetes gestacional.

Estos factores no actúan de inmediato, sino que determinan la posibilidad de padecer diabetes en los próximos 10 a 40 años. Es decir, es posible que el individuo nazca con una susceptibilidad incrementada de padecer esta enfermedad.

Posteriormente, en la infancia y la adolescencia se van acumulando factores de riesgo en la medida en que las relaciones sociales se incrementan. La

obesidad, el sedentarismo y un estilo de vida poco saludable son factores que favorecerán una situación de resistencia a que la insulina incorpore el azúcar glucosa a las células de los órganos y músculos de la persona con factores de riesgo incrementados.

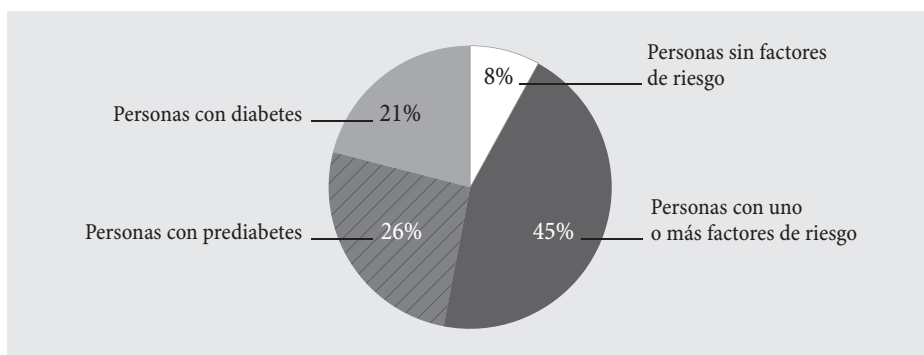
Conviene recordar que la insulina es una hormona que transporta a la glucosa hasta el interior de las células del cerebro, hígado, corazón, músculos, y al no poder hacer ingresar la glucosa a las células, por la resistencia adquirida, esta sustancia se queda en la sangre, elevando poco a poco sus niveles, primero como valores normales altos, luego como eventuales alteraciones de la glucosa en ayunas, posteriormente se evidencia la resistencia como intolerancia a la glucosa, es decir, cifras entre 100 a 124 miligramos de glucosa por decilitro de sangre en ayunas. Para en un periodo que varía de uno a 10 años (en promedio cinco años), manifestarse como una diabetes con cifras de glucosa superiores o iguales a 125 miligramos de glucosa por decilitro de sangre.

En la última etapa de esta enfermedad, después de elevaciones agudas y crónicas ocasionadas por un inadecuado control de la glucosa en sangre, suelen presentarse complicaciones en retina, cerebro, corazón, riñón, hígado, intestino, piel y extremidades inferiores, que desafortunadamente se resolverán con la muerte de la persona como consecuencia de la diabetes.

Todo eso sustenta nuestra idea de la importancia de tomar conciencia de este proceso de elevación de la glucosa en la sangre y promover un estilo de vida saludable en los lectores.

La gráfica 1 muestra la magnitud del problema que representa ese proceso de elevación de la glucosa en la sangre. Del total de personas mayores de 20 años que asisten a una clínica del Sector Salud, las que no presentan riesgo son tan sólo 8%. En cambio, las que tienen factores de riesgo como obesidad, falta de ejercicio físico, presión arterial alta, colesterol alto, obesidad, padres con diabetes, entre otros, son casi la mitad de los usuarios. Las que presentan prediabetes representan 26% y las que ya fueron diagnosticadas con esa enfermedad 21%.

Si lo vemos como un proceso continuo, podemos inferir que las personas con algún tipo de riesgo se transformarán en prediabéticas y casi todas llegarán a ser pacientes con diabetes.



Gráfica 1. Distribución de pacientes según su nivel de hiperglucemia en una clínica de atención (Guadalajara, Jalisco, 2010)

Tomada de Salcedo Rocha y García de Alba García, 2010.

Algunos datos complementarios

La diabetes *mellitus* se clasifica dentro de un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por cifras de glucosa en sangre (hiperglucemia). Actualmente se diagnostica mediante tres indicadores:

- Nivel de glucosa en la sangre mayor a 125 miligramos por decilitro previo ayuno de 12 horas.
- Nivel igual o mayor a 200 miligramos de glucosa por decilitro de sangre previo ayuno de 12 horas, dos horas después de administrar 75 gramos de glucosa por vía oral.
- Nivel igual o mayor a 200 miligramos de glucosa por decilitro de sangre en cualquier momento.

Desde el punto de vista médico, la diabetes se produce porque la insulina no es suficiente en cantidad y calidad para transportar la glucosa a las células del organismo, como las del hígado, músculos, cerebro. Así entonces, existen varios tipos de diabetes, los más importantes son:

- *Diabetes tipo 1.* La cantidad de las células beta del páncreas que producen la insulina son insuficientes para mantener la glucosa en los niveles adecuados.
- *Diabetes tipo 2.* La cantidad de células beta va decreciendo con el tiempo, producto de un mal estilo de vida, como por ejemplo, alimentación insana, falta de ejercicio físico, estrés.
- *Diabetes del embarazo.* Se manifiesta durante el segundo trimestre del embarazo y es un indicador temprano de diabetes tipo 2 posterior.

Es importante señalar que las cifras iguales o mayores a 125 miligramos de glucosa por cada decilitro de sangre causan un efecto tóxico en las células del

aparato circulatorio, provocando complicaciones en los órganos que irrigan. Por ejemplo, inflamación de los nervios de las extremidades y de las vísceras; dificultades oculares, sobre todo en la retina; problemas renales y cardiacos. De forma sorprendente, estas complicaciones se desarrollan desde que la glucosa empieza a elevarse, lo cual ocurre generalmente entre los cinco a 10 años antes del diagnóstico médico, situación que se presta a confusiones o a interpretaciones inadecuadas.

El control de la diabetes *mellitus* se realiza mediante dos opciones que pueden llevarse solas o combinadas, según el caso personal:

- *Manejo no farmacológico*. Mediante alimentación sana, ejercicio periódico moderado y control del estrés.
- *Manejo farmacológico*. Mediante insulina y/o medicamentos que reducen los niveles de glucosa en sangre.

En ambos casos la meta es mantener los niveles de glucosa, de manera óptima, por abajo de los 100 miligramos por decilitro de sangre, en ayunas.

El mito y su importancia

Aspectos generales

Mito es un término que designa una narrativa de ideas populares acerca del mundo natural e histórico en una cultura determinada. Deriva de una palabra griega antigua que se traduce como ‘muchos relatos’. Tradicionalmente, el mito procede de una historia oral que pasaba de narrador a narrador, preservada como una herencia sagrada de identidad cultural.

Un mito implica que el grupo que lo cuenta cree que es una verdad porque tiene vínculos con diversas narraciones acerca de ciertos hechos. Aunque con el tiempo, o desde el punto de vista de otra cultura, se puede insinuar que son fantásticos y/o imposibles a menos que tengan un significado distorsionado u oculto.

El mito constituye un sistema de comunicación, un mensaje con significado, por lo tanto, no es una cosa, una idea o un objeto; es una forma de expresión (Barthes, 2010). Así, la diabetes *mellitus* ha pasado a ser tan sólo diabetes en el habla popular, ya que a través del tiempo y el espacio dejó de ser estrictamente la “enfermedad diabetes” para convertirse en un término de uso social agregado a la materia médica en cuestión, que al igual que la palabra *ciencia* es parte del habla elegida por la historia.

Hasta el periodo del latín tardío, la mitología llegó a ser lo que hoy es: la complicada interpretación y estudio de esas narraciones en las culturas de todo el

mundo, y forma parte del estudio de los signos, como ciencia formal, del origen y clasificación de las ideas, como ciencia histórica.

Con el registro escrito de los relatos, el mito se fija como una síntesis significativa cuya función es la de recordar lo que ya es conocido y ha sido codificado para su ejecución pública; su evolución sigue constante y se adapta a nuevos intereses del público, asimilando contextos recientes. Ofrece un registro arqueológico del sentimiento de arraigo de la identidad cultural en su evolución.

En el mundo occidental, a medida que los autores y su público cada vez mayor comenzaron a elegir o mezclar versiones y juzgarlas, los mitos se desfasaban de la realidad y mostraban aspectos de falsedad en relación con la cultura dominante. Sin embargo, para perpetuar su justificación se descubren nuevos significados en los viejos relatos anteriores a la tradición escrita. Esta universalidad del mito siempre lo hace cierto de alguna manera.

Los contactos entre culturas, como la médica y la popular, amplían el conocimiento acerca de los mitos en otros pueblos. En la era moderna, se pretende sustituir el mito para rebajar su supuesta validez, pero la herencia cultural va ampliando su concepto, aunque lo clasifiquen como leyenda, ficción, cuento, fábula, invención y folclor, o sea, como parte de los saberes, creencias y costumbres en un mundo que no duda de las tradiciones orales de la población.

En fin, el mito, en su sentido más general, se considera como un cuerpo de narraciones más o menos fijas que encarnan la subjetividad, como son los imaginarios, las representaciones y las creencias que se expresan en relación con ciertas acciones sociales, en los que hay un significado, un significante y un signo que constituye la síntesis asociativa entre los dos términos, es decir, se trata de un esquema tridimensional.

Por ejemplo, se dice que “la insulina produce ceguera”. Si analizamos la frase, encontramos que el significado de la palabra *insulina* existe independiente de la palabra *ceguera*, y al unirlos se da un tercer elemento, el signo del sentido por la asociación que conforma el mito, el que no se cuestiona ni en sentido histórico, ni biológico, ya que el mito exige que todos lo reconozcan como una imagen eterna, como si debiera perdurar siempre el tiempo en que se formó.

Aspectos específicos

Cabe señalar que estas narraciones o mitos han resistido la prueba del tiempo, descartando aspectos de poco interés y reemplazándolos con otros más adecuados ante las ansiedades más profundas y menos conscientes del oyente, cuya cultura y cuyo contexto estructuran e interpretan la forma de la experiencia.

Así, en las personas en general y en los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 en particular, el estilo de vida y el sufrimiento social pueden encarnarse como

diabetes al utilizar “estratégicamente” su sufrimiento como herramienta para reconfigurar su identidad y para dar sentido al estrés actual y al distrés psicológico. Precisamente en relación con esto, cierto conocimiento puede manejarse como un mito que acentúa o disminuye el sufrimiento personal, expresado ahora como sufrimiento social, producto de situaciones contradictorias o de inequidades en la atención a la salud poblacional.

Desde ese punto de vista, consideramos que existe convergencia entre el discurso experto de los médicos y el entendimiento popular, cuya superación debe lograrse con base en un proceso de interacción, desde un “nosotros” para fortalecer, en el ejercicio de sus derechos y convertirlos en garantías, a quienes se busca beneficiar.

Superar ciertos mitos en torno a la diabetes tiene como objetivo lograr un desarrollo a escala humana que permita elevar más la calidad de vida de las personas con o sin diabetes *mellitus*. Para ello es necesario trascender el marco evolucionista de la inercia sanitaria o el de la intolerancia social, entendidos tradicionalmente como la historia de una sucesión de eventos de la vida social en los que no hay altibajos para el cambio social, pues sólo se deben sumar sucesos para el progreso.

Con la intención de lograr tal efecto, nuestro trabajo se basa en los siguientes supuestos:

- Nuestra comprensión del mundo real es mucho más amplia que la comprensión del mundo registrada para los pensadores occidentales. Esto significa, en paralelo, que la transformación progresista del mundo puede ocurrir por caminos no previstos por el pensamiento occidental, en el que se incluyen el pensamiento crítico y el marxismo.
- La diversidad del mundo incluye modos muy distintos de ser, pensar y sentir, de concebir el tiempo, el espacio, la relación entre seres humanos y entre humanos y no humanos. Por lo que no se requieren alternativas, sino un pensamiento alternativo de alternativas (De Sousa Santos, 2006).

Por lo tanto, nuestro reto no es eliminar los mitos, sino lograr una reconciliación entre lo real y lo humano.

Mitos y realidades sobre la diabetes

Susceptibilidad

Mito 1. Las mujeres sufren más diabetes que los hombres

Estudios científicos han demostrado que la diabetes *mellitus* se presenta en igual proporción tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, las mujeres asisten más a consulta que los hombres, lo que da la impresión de una mayor frecuencia en las mujeres.

Por estas razones es prudente que toda persona la prevenga y se cuide, sin importar cuál sea su sexo.

Mito 2. Sólo a los viejos les da diabetes tipo 2

La diabetes *mellitus* puede presentarse a cualquier edad. En edades tempranas es más frecuente la diabetes tipo 1, pero actualmente se ha observado que la diabetes tipo 2 se manifiesta en jóvenes e inclusive en niños. Esta última condición se atribuye a la adquisición de factores de riesgo desde edades tempranas en el seno familiar.

Lo anterior nos obliga a seguir las reglas de una alimentación sana y la práctica de ejercicio cotidianas, y vigilar ciertos parámetros, como el peso, la circunferencia de la cintura y las calorías que se ingieren.

Mito 3. Si se tienen familiares con diabetes seguramente se padecerá la enfermedad

Si bien, muchas personas podemos tener una predisposición genética a padecer diabetes, ésta nunca se expresará como enfermedad si reducimos al mínimo los factores de riesgo que pueden hacer que se presente. Estos factores son el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo (inactividad), el estrés, la presión arterial alta, nivel alto de colesterol, entre otros.

Mito 4. Tener raíces indígenas no es un factor de riesgo

La susceptibilidad a padecer diabetes que tenemos los mexicanos se debe a que los antiguos pobladores de nuestro país vivieron miles de años con un estilo de vida activo y una dieta reducida en grasas y carbohidratos refinados. Tenemos apenas 600 años de haber desarrollado una dieta mestiza (española e indígena),

a la que le hemos sumado, en las últimas décadas, el sedentarismo y la ingestión de comida rápida de alta densidad calórica. Aunque, a decir verdad, este estilo de vida es perjudicial para todo el mundo, independientemente de sus raíces.

Causas

Mito 5. Una emoción fuerte puede ser causa de diabetes

Es muy frecuente que después de un acontecimiento que haya provocado una fuerte emoción a la persona ésta experimente alteraciones de todo tipo, entre ellas hiperglucemia. En el caso de un diagnóstico de diabetes posterior a un suceso de ese tipo, hay que tomar en cuenta que la diabetes es una enfermedad crónica, por lo tanto, posiblemente se venía desarrollando de cinco a 10 años antes, y que el evento sólo produjo un mayor descontrol que hizo evidentes ciertos signos y síntomas que habían permanecido inadvertidos, como orinar mucho, mucha sed y mucha hambre. Una conducta prudente es medirse periódicamente la glucosa para saber si no están aumentando con el tiempo los niveles de glucosa en sangre.

Mito 6. Tomar en exceso alimentos a base de harinas y azúcares refinados puede causar diabetes.

Una alimentación con exceso de carbohidratos simples y grasas trans, con pocas verduras y frutas, está ligada a un estilo de vida insano, es decir que no tan sólo las harinas, los azúcares y los refrescos serán los que provoquen la diabetes, sino también aspectos ligados a ese modo de vivir, que agregan y mantienen un desorden en la cantidad y calidad de los alimentos ingeridos, como la falta de ejercicio y el poco autocuidado del cuerpo.

Este es un problema que se adquiere desde temprana edad y que requiere de apoyo social y familiar para no tan sólo afrontarlo, sino modificarlo permanentemente.

Tipo de diabetes

Mito 7. Se puede padecer una diabetes benigna

Eso no es verdad. Más bien, lo más probable es que se hayan adquirido o se tengan ciertos hábitos que permiten tener bajo control los niveles de glucosa en sangre, como la práctica regular de ejercicio, una alimentación sana y buen manejo del estrés.

Cualquier persona con diabetes puede tener un curso benigno de la enfermedad si lleva un control apropiado de su padecimiento (menos de 110 miligramos de glucosa en sangre, en ayunas).

Tratamiento farmacológico

Mito 8. La insulina causa ceguera

Eso no es cierto; lo que causa ceguera es el descontrol crónico de la glucosa en sangre, ya que esto afecta la retina. Anteriormente, algunos médicos prescribían insulina sólo en etapas muy avanzadas de la diabetes, cuando las complicaciones eran evidentes, de tal manera que la aplicación de la insulina coincidía con la manifestación de la ceguera por una retinopatía previa.

Actualmente, las nuevas insulinas que se producen son homólogas a la insulina producida por el cuerpo humano y se prescriben, con ventaja, desde los inicios de la enfermedad, con el objetivo de que el páncreas se recupere.

Mito 9. El manejo intensivo de la diabetes no puede causar episodios de hipoglucemia

Para mantener un nivel de glucosa en sangre entre 80 y 100 miligramos por decilitro, el médico prescribe dosis que ocasionalmente pueden causar hipoglucemia. Por ello lo indicado es una supervisión estricta del curso de la enfermedad.

Cuando se detecte algún síntoma de hipoglucemia, se debe actuar rápido y con un pensamiento claro. En estos casos es muy importante conocer los niveles precisos de glucemia y saber que por cada 5 gramos de carbohidratos ingeridos, la glucosa en sangre se eleva 15 miligramos por decilitro.

Por lo tanto, si el paciente tiene menos de 40 miligramos de glucosa por decilitro de sangre, debe ingerir 30 gramos de carbohidratos; entre 40 y 50 miligramos por decilitro, 25 gramos de carbohidratos; de 51 a 60 miligramos por decilitro, 20 gramos de carbohidratos; entre 61 y 80 miligramos por decilitro, 15 gramos de carbohidratos; más de 80 miligramos por decilitro y hay síntomas de hipoglucemia, entre 5 a 10 gramos de carbohidratos.

Tratamientos de medicina tradicional o medicina alternativa

Mito 10. Los tratamientos de medicina tradicional o de medicina alternativa son inocuos (inofensivos)

Hay que tener cuidado con estos tipos de medicina, debido a que pocos han sido evaluados en cuanto a su efectividad e inocuidad. Este cuidado debe redoblararse sobre todo cuando se tiene niveles elevados de glucosa y/o complicaciones. Por ejemplo, algunos remedios herbolarios pueden intensificar la insuficiencia renal al provocar un incremento de potasio, y ser causa de alteraciones cardíacas.

Se insiste en que la alimentación sana y el ejercicio son la base del tratamiento no farmacológico de la diabetes.

Mito 11. El nopal es útil para reducir la glucosa en sangre

El nopal y el xoconostle son de las pocas plantas o frutos evaluados para la atención de la diabetes, ambos son alimentos sanos que conviene incluir en la dieta diaria de los pacientes diabéticos, la cual es recomendable que sea supervisada por un nutriólogo. Pero no reducen por sí solos la glucosa en la sangre.

Alimentación

Mito 12. Las personas con diabetes deben consumir comida y alimentos especiales para diabéticos

Eso es falso. Tanto las personas con diabetes como las que no la padecen deben seguir una alimentación sana, balanceada en carbohidratos (50%), grasas (25%), proteínas (25%), minerales y vitaminas, ya que el cuerpo no los produce. La ingesta de calorías debe ser proporcional a los requerimientos personales según edad, sexo, talla y peso ideales.

Mito 13. La gente con diabetes no debe beber alcohol

Una persona con un buen control de sus niveles de glucosa puede ocasionalmente tomar una porción por día, es decir, 12 onzas de cerveza, o 5 onzas de vino blanco o tinto, o 1.5 onzas de licor.

Hay que hacer notar que cada porción de alcohol de éstas tiene una cantidad de calorías similar a dos porciones de grasa (90 calorías), y que el alcohol

se transforma fácilmente en grasa. Además, el alcohol está contraindicado en personas que toman medicamentos hipoglucemiantes como la metformina y la glibenclamida o que se aplican inyecciones de insulina, y sólo puede ingerirse con otros alimentos, nunca con el estómago vacío, porque los síntomas de alcoholismo pueden confundirse con los de una hipoglucemia; además de que se elevan los triglicéridos. Las personas con alguna complicación micro- o macrovascular es preferible que se abstengan de beber alcohol. Asimismo, siempre existe la posibilidad de adquirir o readquirir la adicción a beber.

Mito 14. Los dientes de las personas con diabetes se les caen por tomar alimentos azucarados

Ingerir alimentos hechos con azúcar refinada (como dulces, postres, pan dulce, por ejemplo) y la falta de higiene bucal favorecen, además de la caries dental, la elevación de la glucosa en sangre y la obesidad, motivos por los cuales se desarrolla la enfermedad parodontal que altera la salud de las encías, produciendo sangrados, abscesos, atrofia, debilidad, lo que reduce sensiblemente la vida funcional de la dentadura.

Lo mejor para evitar la pérdida de los dientes, en las personas con o sin diabetes, es cepillarse los dientes y la lengua, darse masaje en las encías y visitar frecuentemente al odontólogo para prevenir cualquier complicación. La paraodontopatía, además de causar la pérdida de las piezas dentarias, es causa de descontrol glucémico, ya sea por el padecimiento de inflamación, infecciones agregadas o por la tendencia a no masticar alimentos y preferir alimentos blandos altos en azúcares.

Medición de la glucosa

Mito 15. Se puede sentir cuánta azúcar se tiene en la sangre, no se necesitan exámenes

Falso. No es fácil detectar los niveles de glucosa en sangre, ya que no es lo mismo tener 125 miligramos, lo que indica descontrol, que 115 miligramos. Sin embargo, las personas pueden entrenarse para detectar signos de hipoglucemia como los siguientes:

- Frecuencia cardíaca, tremor, salivación (sistema nervioso autónomo).
- Pérdida de concentración, reducción de agudeza auditiva y visual, lentitud, confusión y falta de coordinación (sistema nervioso central).
- Irritación o agresión (humor).
- Falta de apetito.

- O considerar factores predisponentes a hipoglucemia, como:
- Aplicación temprana de insulina.
 - Ejercicio intenso o prolongado.

Mito 16. La práctica en la medición del azúcar capacita para obtener siempre resultados exactos

Esto no es verdad. Investigaciones controladas han demostrado que existen muchos factores que pueden hacer menos exacto el resultado de la medición. Por ejemplo, antes de hacerla, se requiere lavarse intensamente las manos con jabón, no sólo para prevenir infecciones y quitar mugre y grasa corporal, sino también para dar masaje y activar la circulación de los dedos. Si se usa sólo alcohol y algodón mal procesado, el exceso de líquido o fibra puede alterar las cifras de glucosa en sangre. También, el sitio donde se pincha y la cantidad de sangre extraída pueden influir, por lo que se recomienda picar siempre a los lados de los dedos y aplicar de inmediato en la tira reactiva la cantidad exacta de sangre requerida.

Otros aspectos que pueden alterar el resultado son la caducidad de las tiras, la limpieza y la calibración del glucómetro con las soluciones de control apropiadas.

Mito 17. A veces la glucosa sólo está un “poquito” alta

El personal de salud, y sobre todo el doctor, debe señalar con precisión los niveles de glucosa en sangre del paciente, es decir, cuántos miligramos por decilitro tiene en un momento dado. Recuerde que si el resultado es de más de 120 miligramos de glucosa en ayunas, usted presenta descontrol de glucosa, y que éste puede aumentarse o reducirse drásticamente de un momento a otro por diversas razones, como exceso o falta de comida y agua, poco o exagerado ejercicio, sobredosis de medicamento, entre otras.

Nunca acepte que le den resultados de su glucosa en sangre de manera verbal, siempre es mejor tener resultados por escrito. Y mucho menos acepte resultados en términos como “Tiene la glucosa un poquito alta” o “poquito baja”, o “altita”, por ejemplo.

Complicaciones

Mito 18. Las complicaciones sólo se presentan a muy avanzada edad

Falso. Ya que la causa de las complicaciones son los niveles altos de glucosa en sangre, es importante enfocar el padecimiento como proceso hiperglucémico,

porque en edades juveniles y etapas tempranas de las alteraciones de glucosa en ayunas y de intolerancia a la glucosa se presentan complicaciones tales como neuropatía y retinopatía. Por esa razón se redujo el indicador de nivel normal de glucosa en sangre a menos de 100 miligramos por decilitro. Cabe señalar que las complicaciones se acentúan en función del número y la intensidad de los factores de riesgo, de ahí que el control de glucosa en sangre y la reducción de factores de riesgo sean indispensables para evitar complicaciones.

Mito 19. El ejercicio provoca complicaciones

Esto nunca ocurrirá si el ejercicio se selecciona y practica bajo el cuidado de un profesional, quien generalmente prescribirá ejercicios aeróbicos de intensidad moderada para el aparato cardiovascular y de bajo impacto para el sistema musculoesquelético, que mejoren la elasticidad, la fuerza y la resistencia del individuo.

Las personas con neuropatía autonómica que afecta su ritmo cardíaco y su presión arterial deben hacer ejercicio aeróbico bajo supervisión médica. Lo mismo quienes tienen retinopatía, para prevenir impactos que afecten a los ojos.

Mito 20. La neuropatía llevará irremediablemente a la incapacidad

El problema de la neuropatía es que se desarrolla desde etapas muy tempranas, cuando la persona tiene alteraciones de la glucosa en ayuno en la prediabetes. Por eso, cuando se presenta la diabetes, la neuropatía tiene ya bastante tiempo de haberse desarrollado y se manifiesta como pérdida de la sensibilidad sobre todo en las extremidades inferiores, que a su vez provoca el pie diabético por falta de cuidado.

Ante esta situación, es necesario verificar los niveles de glucosa en sangre periódicamente (cada seis o 12 meses en personas sin diabetes, y mínimo cada mes para las personas que ya padecen diabetes.). Por otra parte, el ejercicio de los pies es importante para retrasar o mejorar la neuropatía, bajo el consejo de un rehabilitador físico.

Diabetes gestacional o durante el embarazo

Mito 21. La diabetes gestacional desaparece al terminar el embarazo

Por el contrario, tener diabetes gestacional es un indicador de que se padecerá diabetes *mellitus* 2 durante la menopausia. Sin embargo, si se mantiene un peso adecuado según la talla, una cintura menor de 80 centímetros y se acostumbra

hacer ejercicio diario y alimentarse sanamente, es posible que no se presente o se retarde la aparición de la enfermedad.

Apoyo social

Mito 22. Las personas con diabetes pueden atenderse solas

Falso. El apoyo social es importantísimo para que una persona con diabetes pueda salir adelante (Hernández, 2011). Este soporte puede consistir en diferentes tipos de apoyo, por ejemplo: el económico que puede dar un hijo a su madre enferma; el emocional que puede proporcionar una hija a su padre; el acompañamiento y animación de amistades a practicar ejercicio físico; la toma oportuna de las medicinas o la alimentación sana que puede otorgar su pareja.

Mito 23. Un club de personas con diabetes nunca es un riesgo

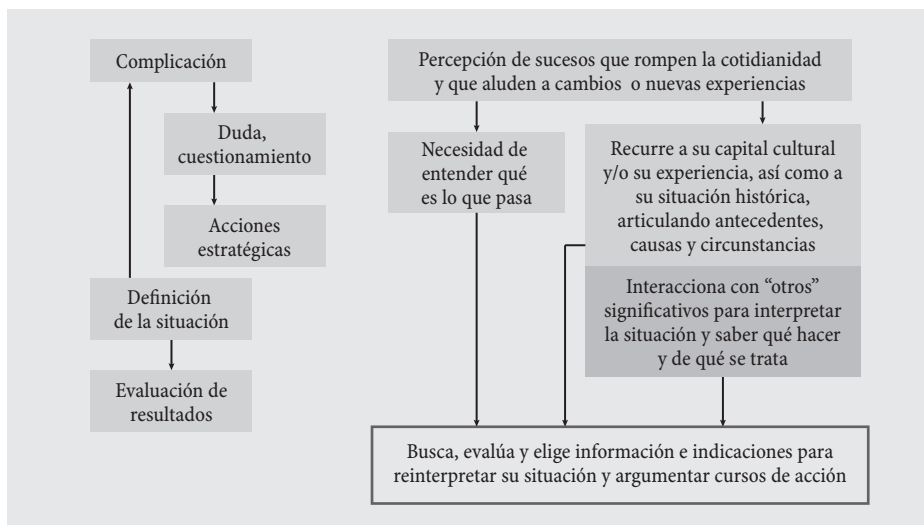
Esto puede suceder cuando se juntan personas sanas y pacientes con diferentes enfermedades sin un objetivo de salud y una dirección adecuada. Porque es probable que el club se transforme en un club de amigos más dispuestos a celebrar cumpleaños y hacer festejos (con pasteles, refrescos, botanas...) que a atender las recomendaciones nutricias y de práctica de ejercicio físico sistemático.

Un club para pacientes con diabetes debe tener como premisa educar a sus integrantes para que aprendan a llevar una alimentación y ejercicios sanos, y apoyarlos irrestrictamente para que esto se realice diario y de manera permanente.

El pensamiento poblacional

Cómo está formado el conocimiento de las personas

El presente trabajo quedaría incompleto si no se analizara la estructura cognitiva del paciente con diabetes, la cual está ligada a su experiencia cotidiana. La estructura cognitiva en nuestro medio se representa en el esquema 1.



Esquema 1. Estructura cognitiva del paciente diabético

Tomado de Salcedo Rocha y García de Alba García, 2004b.

La estructura cognitiva acerca de la diabetes en nuestro medio permite a la persona que la padece solventar su necesidad de entender lo que está pasando en su cuerpo, pues le basta con recurrir a su conocimiento cultural. De ahí precisamente emergen los mitos que matizan las acciones posteriores que hacen al enfermo definir su situación y evaluar los resultados de sus acciones al respecto.

Para comprender los conceptos de una estructura cultural, es importante definir lo que entendemos por *cultura*. La cultura es el conocimiento compartido por un grupo de personas.

Los estudios interculturales de antropología cognitiva nos permiten constatar cuán compartida es la estructura social cognitiva de las causas de la diabetes. Por ejemplo, en Weller, Glasser, Baer *et al.* (1999) se contrastan cuatro poblaciones latinas culturalmente similares entre sí: *a)* la población urbana de Guadalajara; *b)* la población puertorriqueña del área urbana de Hartford, Connecticut; *c)* las personas de origen mexicanoamericano del área fronteriza en Edinburg, Texas, y *d)* la población guatemalteca del área rural en Esquintla.

En este tema particular, se describe el conjunto de explicaciones que estos grupos saben y comparten sobre la diabetes, evidenciando más coincidencias que disparidades.

Los entrevistados coincidieron en que:

- La diabetes provoca mucha sed, falta de fuerzas, muchas ganas de orinar, dolor al orinar, azúcar en la sangre, gusto por lo dulce, mareos, dolor de cabeza, irritabilidad, problemas de circulación, alta presión, problemas de visión, susceptibilidad a enfermarse, no querer estar en cama.

- El tratamiento debe ser indicado por un médico, no por un boticario, y menos ser autorrecetado.
- El paciente debe cuidarse, pues la diabetes no se cura sino que solamente se controla.
- El paciente debe examinarse la sangre periódicamente.
- Las pastillas ayudan a controlar la enfermedad.
- Debe llevarse una dieta balanceada, perder sobrepeso y aprender que la dieta líquida no cura.
- No deben consumirse dulces, alcohol, grasa.
- El té de limón y el de hierbabuena no ayudan a controlar la diabetes.
- No seguir el tratamiento ocasiona problemas de los riñones, cardíacos, coma, muerte prematura, complicaciones de la enfermedad.

Variabilidad del conocimiento

Es importante recalcar que el conocimiento cultural compartido —adquirido como un aprendizaje cotidiano significativo— no es homogéneo y presenta variaciones derivadas de la experiencia. Por eso, algunos modelos explicativos de la diabetes varían en su contenido y estructura de acuerdo con las determinaciones sociales, manifestadas a través del nivel socioeconómico, etnicidad, género, condiciones de salud, entre otros factores, dada la desigualdad estructural enfrentada a nivel social ya sea de manera individual o grupal.

Hay conocimientos que son o no susceptibles de variación en su expresión cultural. Tomemos por ejemplo los relativos a los alimentos que dañan la salud, en un grupo culturalmente homogéneo, tal como serían las personas con diabetes *mellitus* residentes en un barrio popular de la ciudad de Guadalajara, teniendo como variable independiente el control de sus cifras de glucosa en sangre.

En la tabla 1 puede apreciarse que la situación de control glucémico de los pacientes no altera su conocimiento sobre el tipo de comidas que dañan la salud. Puede advertirse que el orden y los porcentajes obtenidos son prácticamente los mismos; similitud que se confirma al no evidenciar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de comparación. Es posible observar también que la razón de variabilidad detectada es mayor que 3, lo cual confirma la existencia de acuerdo en un solo modelo cultural, sobre el tema explorado. Es decir, la fuerza de la cultura compartida es determinante para homogenizar el conocimiento.

Tabla 1. Comidas que se piensa que dañan la salud

Pacientes controlados de su glucemia		Pacientes descontrolados de su glucemia	
Concepto	%	Concepto	%
Carne roja	23	Carne roja	27
Antojitos	17	Antojitos	21
Comida chatarra	12	Comida chatarra	16
Derivados del cerdo	11	Derivados del cerdo	9
Otros	37	Otros	27
Ji cuadrada = 2.79 p = 0.59			
Razón de variabilidad = 8.07		Razón de variabilidad = 5.93	

Fuente: Tomada de García de Alba García, Salcedo Rocha y Coutiño, 2006.

En cambio, las mismas personas con diabetes cuyos datos integran la tabla anterior, cuando expresan su manera de afrontar la enfermedad evidencian notables diferencias, ya que su cultura ha sido modificada por la experiencia de la enfermedad, es decir, por una práctica cotidiana diferente (véase la tabla 2).

Tabla 2. Patrones básicos de afrontamiento de la enfermedad en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2

Características	Personas con un estilo definido	Personas sin un estilo definido
Padecer diabetes	Es consecuencia de haber descuidado su salud y provenir de una familia con diabetes	Es consecuencia de factores externos, mala suerte, castigo o herencia fatal
Identificarse como persona con diabetes	Se aceptan como pacientes a partir de un evento significativo	Niegan o eluden su padecimiento, buscan opiniones favorables y se guían por sus sensaciones
Acciones de autocuidado	Como consecuencia de la búsqueda activa de apoyo múltiple y profesional, para prevenir complicaciones	No son sistemáticos, el apoyo se limita al que da el médico o el homeópata y a la búsqueda de remedios curativos
Complicaciones	Desencadenan un temor racional por ser amenazas de las que son susceptibles	No se consideran susceptibles y hay tendencia a olvidarlas para no recordarlas

Tomada de Salcedo Rocha y García de Alba, 2004a.

Consideraciones finales

Como puede notarse, el nivel de determinación social en el que se analicen los conocimientos, evidencia diferencias y similitudes en los significados de algún concepto en particular, lo cual plantea o hace que el mito tenga un peso relativo al contexto. Por ejemplo, el concepto de diabetes *mellitus*:

- Cuando se le considera un padecimiento, la diabetes se asocia con lo emocional y el sufrimiento social (Mendenhall *et al.*, 2010), y esto se expresa mediante los lenguajes corporal y hablado. Por eso, las narrativas recuperan el diario acontecer de la enfermedad que altera y transforma la vida cotidiana de los pacientes, situación que nos obliga a integrar, en lugar de rechazar, los mitos, opiniones, dichos, consejos...
- Como enfermedad, la diabetes *mellitus* se asocia con lo biológico-lesional, y se expresa de manera hasta cierto punto independiente del paciente, mediante signos clínicos y la cuantificación tecnológica del funcionamiento orgánico, que hacen que los mitos se sustituyan por el pensamiento científico.

Sin menoscabo de las dos visiones anteriores, se requiere conocer el verdadero sentido y significado de la diabetes *mellitus* en nuestro medio, ya que el interés actual por los mitos reside en reconocer que en las personas con diabetes el potencial de estos relatos puede influir en los conocimientos, actitudes, el cuidado personal y, por lo tanto, en los resultados sobre la diabetes como problema de salud pública.

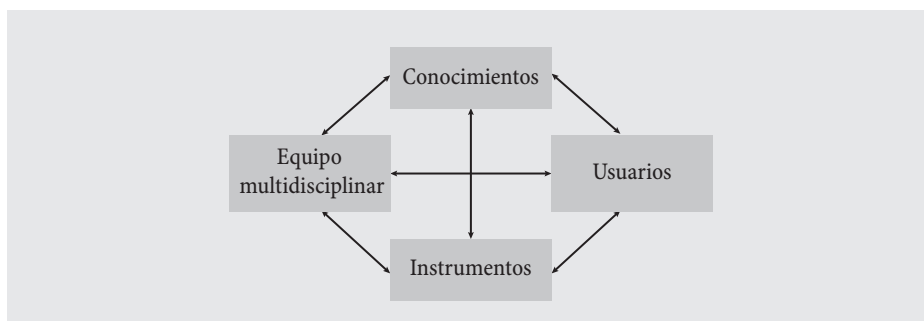
El diálogo intercultural entre la población y el equipo de salud implica que la sustentabilidad de la promoción de la salud es necesaria porque se requiere desarrollar una verdadera cultura de la salud tanto en la población como en el equipo humano de salud, en contraposición a la actual cultura reactiva hacia la enfermedad que prevalece en ambos sectores sociales. En este caso, su urgente aplicación puede enfocarse hacia la prevención de enfermedades crónicas como la diabetes *mellitus*.

Para lograr esta cultura de la salud se requiere desarrollar un proceso que ofrezca a la población elementos para ejercer su poder social, desde un “nosotros” que haga efectivos los derechos y los convierta en garantías para aquellos a quienes se busca beneficiar. Es decir, un proceso que permita elevar la calidad de vida de las personas; lo que puede lograrse mediante una actuación social integral y coherente, en la que los usuarios de los servicios y el equipo de salud establezcan las bases de una justicia sanitaria y social duradera.

Un enfoque alternativo para lograr lo anterior es la llamada “traducción intercultural”, la que permite crear inteligibilidad recíproca entre las experiencias de los involucrados, tanto las disponibles como las posibles. Por ejemplo, ver

los mitos desde dentro para analizarlos, y también desde fuera para integrarlos y asumir un verdadero acuerdo cultural compartido e igualitario que dé como resultado una convivencia positiva de los saberes. Así por ejemplo, identificar en los mitos existentes sobre la diabetes similitudes y diferencias en las respuestas, pues a partir de confrontar la perspectiva de los pacientes y la de los especialistas del equipo de salud se puede lograr beneficios educativos para ambos.

El esquema 2 muestra el ideal de convergencia, complementariedad y no contradicción que se debe alcanzar en la relación equipo de salud-pacientes con diabetes. Esto es, una verdadera práctica social para el control de la diabetes *me-llitus*, ya que se deben compartir conocimientos e instrumentos para lograrlo, en una situación de comunicación horizontal entre el paciente y el equipo de salud.

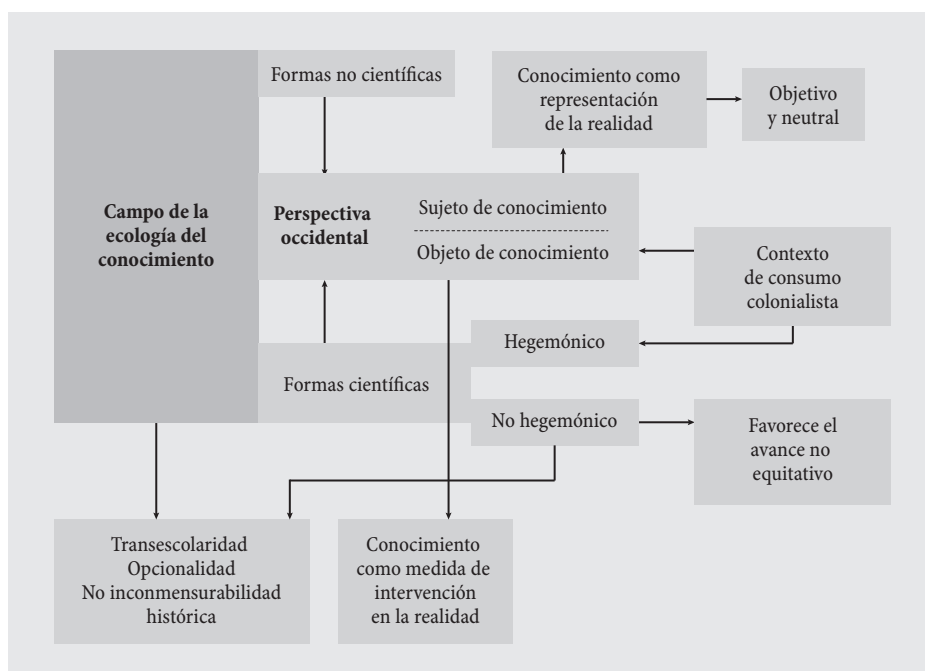


Esquema 2. Modelo ideal de práctica social para el cuidado de la salud

Realizado por J. E. García de Alba García.

Debe entenderse que no se busca un rechazo o una crítica destructiva del conocimiento popular, que incluye los mitos sobre la diabetes, sino un trabajo de “traducción intercultural” que esclarezca lo que une y lo que separa los diferentes saberes y prácticas de la población y del equipo de salud, de modo que se determinen las posibilidades y los límites de la articulación o la suma de los mismos (De Sousa Santos, 2010).

Esta traducción intercultural es la que conduce a la convivencia positiva o “ecología de saberes”, que no implica ignorancia o el conocimiento en general, pues se está consciente de que aprender ciertos conocimientos puede suponer olvidar otros y, en última instancia, volverse ignorante de ellos. La ecología de saberes destaca que todas las prácticas de relaciones entre los seres humanos y de éstos con la naturaleza implican más de una forma de conocimiento y, por ello, admitámoslo, también de ignorancia. Algunas de las múltiples implicaciones y los posibles alcances si se lograra esta ecología del conocimiento se presentan en el esquema 3.



Esquema 3. Posibles implicaciones de una ecología de saberes

Fuente: De Sousa Santos, 2010; adaptado por García de Alba García y Salcedo Rocha.

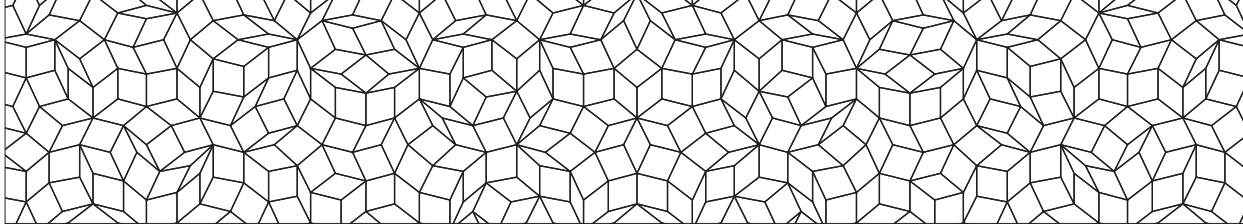
Los mitos, por lo tanto, como parte de la expresión social del saber popular, no pueden ser excluidos bajo el pretexto de un saber hegemónico; más aún, debe buscarse su contextualización y, posteriormente, las vías de avance equitativo entre el conocimiento de la población y el conocimiento del equipo de salud.

Porque en última instancia, si realmente lo que buscamos es la salud poblacional, ésta debe lograrse con un enfoque de justicia social, aplicando los principios básicos de la ética: autonomía en la toma de decisiones, trato justo y beneficencia.

Referencias bibliográficas

- AGUILAR SALINAS, C. Y COLS. 2003. Characteristics of patients with type two diabetes in México. *Diabetes Care*, 26: 2021-2026.
- . 2004. High prevalence of metabolic syndrome in México. *Archives of Medical Research*, 35: 76-81.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 1997. *Complete guide to diabetes*. Alexandria, VA: American Diabetes Association, pp. 13-14, 43, 148, 182, 212, 235, 242-243, 271, 296, 347.

- ÁNGEL-MAYA, A. 2000. *La aventura de los símbolos: una visión ambiental de la historia del pensamiento*. Bogotá: Ecofondo.
- BARTHES, R. 2010. *Mitologías*. México: Siglo XXI.
- DE SOUSA SANTOS, 2009. *Una epistemología del Sur*. México, D.F.: CLACSO / Siglo XXI Editores.
- . 2010. *Refundación del Estado en América Latina. Perspectivas desde una epistemología del Sur*. México, D.F.: Universidad de los Andes / Siglo XXI Editores.
- DUNNING, T. 2004. “Explorando la mitología mundial de la diabetes”. *Diabetes Voice*, 49(1): 30-33.
- GARCÍA DE ALBA GARCÍA, J. E.; SALCEDO ROCHA, A. L., Y LÓPEZ COUTIÑO, B. 2006. “Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes *mellitus* tipo 2 en el occidente de México”. *Desacatos*, (21): 97-108.
- HERNÁNDEZ, M. 2011. “Los mitos de la diabetes entre los latinos”. Consultado en: http://www.dlife.com/diabetes/information/dayly_living/Viewpoints/manny_spanisho422208.html. Fecha de consulta: 20 de mayo de 2011.
- MENDENHALL, E.; SELIGMAN, R. A.; FERNÁNDEZ, A.M, Y JACOBS, E. A. 2010. “Speaking through diabetes: rethinking the significance of lay discourses on diabetes”. *Medical Anthropology Quarterly*, 24(2): 220-239.
- SALCEDO ROCHA, A. L. Y GARCÍA DE ALBA GARCÍA, J. E. 2004a. *Programa de Atención Integral al Paciente Diabético Tipo 2 (PAIPD 2)*. México, D.F.: IMSS / UISESS / Conacyt, pp. 11-21.
- . 2004b. “Successful strategies for glucose control in type 2 Mexican diabetics”. Ponencia presentada en The Society for Applied Anthropology, 64 th. Annual Meeting. Dallas, TX, 2 de abril de 2004.
- . 2010. *Detener el avance y revertir el proceso de intolerancia a la glucosa con alto riesgo del primer nivel de atención*. México, D.F.: Conacyt / UISESS / IMSS, pp. 1-6.
- SALCEDO ROCHA, A. L.; GARCÍA DE ALBA GARCÍA, J. E.; FRAYRE TORRES, M. J., Y LÓPEZ COUTIÑO, B. 2008. “Género y autocuidado en el control de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes del primer nivel de atención”. *Revista Médica del IMSS*, 46(1): 460-468.
- VILLALPANDO, S.; SHAMAH, L. T.; ROJAS, R., Y AGUILAR, S. C. 2010. “Trends for type 2 diabetes and other cardiovascular risk factors in México from 2000-2006”. *Salud Pública de México*, 52 (suplemento 1): S72-79.
- WELLER, S.; GLASER, M.; BAER, R.; GARCÍA DE ALBA G., J. E.; KLEIN, R., Y TROTTER, R. 1999. “Latino beliefs about diabetes”. *Diabetes Care*, 22: 722-728.
- WILD, S.; ROGLIC, G.; GREEN, A.; SICREE, R., Y KING, H. 2004. “Global prevalence of diabetes”. *Diabetes Care*, 27(5): 1047-1053.



CAPÍTULO 2

Mitos y realidades acerca de las enfermedades mentales

VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SIORDIA

Introducción

El mito de la enfermedad mental

Desde el punto de vista de la antropología, la ciencia social que estudia a los seres humanos en el marco de la sociedad y la cultura a la que pertenecen, se entiende por mito cada una de las ideas o creencias acerca de diferentes aspectos de la vida pero que no siempre corresponden a la realidad. La contraparte del mito es lo que en efecto acontece en la realidad. Los mitos forman parte de nuestro sistema cultural, que los considera verdaderos. Su función es otorgar un respaldo narrativo a las creencias fundamentales de la comunidad (Lévi-Strauss, 1989).

En torno a la enfermedad mental se plantea una serie de mitos o ciertas creencias como si fueran hechos comprobados, y a partir de ellas se pretende negar la existencia misma de la enfermedad mental (Vázquez, 2007). El objetivo del presente trabajo es informar acerca de algunos mitos y realidades que existen en nuestro medio respecto a las enfermedades mentales. La metodología empleada en la búsqueda de este objetivo se sustenta en mi experiencia personal en la práctica psiquiátrica, así como en algunas reflexiones motivadas por mi participación en el simposio “Mitos y realidades de la vida cotidiana”.

Se ha pretendido dar a estas páginas un estilo directo y sencillo, evitando incluir demasiadas consideraciones teóricas y datos contenidos en la revisión de la literatura sobre el tema, aunque intentando no desproverlas de cierto rigor. Se espera no haber fracasado del todo en el intento de informar al lector curioso acerca de algunos mitos y de los hechos reales en torno a las enfermedades que surgen del cerebro y se expresan a través de la mente.

Mito, estigma y discriminación de las personas con enfermedad mental

Los mitos, como relatos que dan vida a una realidad original, responden a una profunda necesidad de dar una explicación a lo que acontece en nuestra vida diaria. Porque si nos interrogamos a nosotros mismos con sinceridad, nos vemos obligados a reconocer que los mitos están lejos de ser ajenos a nuestro pensamiento cotidiano y constituyen una forma de explicar el mundo y sus fenómenos. Como están contruidos sobre formas de pensar y razonar lógicamente, los mitos dan fundamento y justificación al comportamiento y la actividad de las personas (Hollweg, 2001).

A pesar de los avances de la medicina, para muchas personas las enfermedades en general y la enfermedad mental en particular, representan la acción de fuerzas ocultas, casi siempre oscuras y maléficas. Arraigado en la conciencia popular, el daño a la salud mental se atribuye a poderes desconocidos que enferman la mente de las personas, cambiando de la noche a la mañana sus maneras de ser y de pensar. Los mitos, ante el misterio y la incertidumbre, son una forma de interpretar la realidad en un esfuerzo para comprenderla. Como las personas somos los únicos seres capaces de enfermar de la mente, nos aterra sentirnos amenazados por este tipo de padecimientos. Sin embargo, a pesar del temor que generan y de que siguen siendo desconocidas para la mayoría de la gente, las enfermedades mentales están muy cercanas a nosotros.

Por ejemplo, en nuestro país, de acuerdo con la Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica, seis de cada 20 mexicanos presentaron algún trastorno mental alguna vez en su vida (Medina, Borges, Lara *et al.*, 2003). Entonces, ¿de dónde surgen la incomprensión, la vergüenza, la culpa o el temor en torno a las enfermedades mentales? En mi opinión, surgen de la falta de información o de la información incorrecta y distorsionada acerca de este tipo de padecimientos. La mayoría de nosotros, en el transcurso de nuestras vidas, incorporamos a nuestra cultura toda una serie de creencias sobre la enfermedad mental, desarrolladas a partir de la información que recibimos de la familia, la escuela, los medios de comunicación y, en algunos casos, a partir de experiencia personales concretas (García, 2002).

Son muy comunes en nuestro medio las afirmaciones que asocian violencia y enfermedad mental, o que expresan la idea de que este tipo de enfermedades son incurables y que las personas quienes las padecen no pueden volver a estar sanas. Estas ideas o creencias distorsionadas determinan nuestras actitudes de temor, rechazo, incomprensión y nuestra predisposición a reaccionar de esa manera y desarrollar comportamientos específicos al respecto. El estigma y la discriminación del enfermo mental se reafirman y fortalecen de manera continua en la

interacción social cotidiana a través del mito, como una forma de interpretar la realidad en torno al aparente misterio de la enfermedad mental.

El estigma es una forma muy particular de actitud; el término se refiere a nuestra forma de pensar, sentir y reaccionar ante hechos o personas, generalmente sin una reflexión objetiva que pueda justificarla. El término *estigma* se utilizó en la antigua Grecia para designar la señal física visible con la que se marcaba a los “seres inferiores”. En la era cristiana, un significado de *estigma* lo asociaba a las señales corporales propias de una enfermedad, como las llagas en la piel, que se consideraban estigmas de la lepra. La historia y la vida diaria nos ofrecen múltiples ejemplos de signos de “vergüenza y deshonor”, por motivos de raza, género, condición social, nacionalidad e incluso orientación sexual, o en razón de la capacidad física o mental de la persona (Clare, 2003).

En un libro ya clásico dedicado al estudio del estigma, el sociólogo y escritor canadiense Erving Goffman afirma que el individuo que lo porta es tenido con más frecuencia de lo normal por alguien que no alcanza la plena condición de ser humano, y se opta entonces por desarrollar ideas y creencias a modo, en un intento por explicar y justificar la estigmatización. Hoy en día, el estigma es una etiqueta social construida a partir de mitos y concepciones erróneas acerca de las consecuencias sociales de padecer una enfermedad mental.

En este sentido, el estigma de la enfermedad mental es una actitud que se origina en un prejuicio negativo desencadenado por algún signo o marca de la enfermedad, como la conducta extraña de una persona con enfermedad mental o la mención de llevar o haber llevado un tratamiento psiquiátrico, en una solicitud de trabajo. El estigma abre el camino que conduce a la discriminación, al injusto rechazo en todos los ámbitos de la vida de una persona, y está asociado a la enfermedad mental; el estigma es el principal obstáculo para la atención de las personas con enfermedad mental (Sartorius, 2007).

Desconocemos cuáles mitos predominan en la cultura local, pero según nuestra experiencia y los resultados de una breve revisión de la literatura sobre el tema, los mitos que más afligen a las personas con enfermedad mental se basan en creencias erróneas acerca de la debilidad del carácter, que la enfermedad mental no tiene remedio, que la persona es culpable de su enfermedad, que nunca podrá trabajar ni poder decidir acerca de su tratamiento, que la enfermedad mental es contagiosa, o que se debe a un castigo divino, y sobre todo, que las personas con enfermedad mental suelen ser violentas e impredecibles. La relevancia de este tipo de mitos es que a través del estigma y la discriminación generan graves consecuencias para el paciente y su familia.

En la lucha contra el mito, el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental, es fundamental dar a conocer información que permita comprender que los padecimientos mentales son un fenómeno complejo determinado por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. Como estrategia

educativa y como elemento preventivo fundamental destaca, en particular, la información acerca de los descubrimientos científicos que establecen las bases biológicas de las enfermedades mentales, ya que ha probado ser de gran ayuda para superar los sentimientos de culpa y de vergüenza generados por la opinión pública acerca de que la mala crianza de los hijos por parte de sus padres es la causa directa de que aquéllos padezcan una enfermedad mental (García, Domínguez, Jiménez *et al.*, 2000).

A través de la escuela, la familia, el ambiente laboral y otros medios sociales se debe informar que el abuso de drogas, la violencia y la desintegración familiar son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades como la depresión y la ansiedad. La prevención y la promoción de la salud mental han demostrado que es posible influir sobre determinados factores de riesgo y protección, disminuir la aparición de nuevos casos y reducir la severidad de algunas enfermedades mentales. Muchos de los factores de riesgo son manejables y, por lo tanto, objetivos potenciales para la prevención y promoción en el campo de la salud mental. Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y una duración más prolongada de la enfermedad mental. Por su parte, los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y enfermedad.

Un cambio de actitud y de conducta para cambiar determinados estilos de vida puede reducir el riesgo de padecer una enfermedad mental. Por ejemplo, el uso de drogas ilegales, especialmente la marihuana, es un importante factor de riesgo para la psicosis. En general, el efecto acumulado de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo y protección predisponen a las personas a cambiar de una condición mentalmente saludable a una situación de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de algún tipo de enfermedad mental. Algunos factores de riesgo y protección individuales pueden estar relacionados con el contexto familiar. El abuso de menores y la enfermedad mental de los padres durante la infancia y niñez temprana pueden llevar a la depresión y la ansiedad en periodos posteriores de la vida.

Las conductas de riesgo materno durante el embarazo, como el uso del alcohol, el tabaco y las drogas, implican el conocido riesgo de partos prematuros, niños con bajo peso al nacer y el riesgo de problemas psicológicos a largo plazo, como inteligencia inferior, déficit de atención, problemas de conducta y menor rendimiento escolar. Los programas de información de tan sólo 15 minutos para fumadoras embarazadas pueden redundar en beneficio de la salud mental a largo plazo. Los bebés de madres que dejaron de fumar pesaron 200 gramos más al nacer; con la disminución del uso del tabaco, el peso al nacer sólo aumentó la mitad de esa cantidad (OMS, 2004).

Por lo tanto, promover sistemas de información adecuados y accesibles a la población general y proponer la educación y la promoción de la salud mental

en las escuelas y las universidades del país no sólo activaría la prevención de las enfermedades mentales, también sería de gran ayuda para desenmascarar algunos mitos en torno a la enfermedad mental y promover la comprensión y el entendimiento de las enfermedades mentales como problemas de salud reales y auténticos, que pueden ser diagnosticados y tratados eficazmente.

Las enfermedades mentales: ¿mitos o síndromes psiquiátricos?

En el fondo del menosprecio de las personas con enfermedad mental, existe toda una serie de prejuicios y convicciones. Uno de los más comunes es el que considera a la enfermedad mental como una enfermedad inexistente, por el solo hecho de que no se conoce la causa de ninguna enfermedad mental. Pero lo mismo sucede con el cáncer; se habla mucho sobre las causas del cáncer sin poder aún establecer cuáles son. Porque no existe una causa única, sino un grupo de factores de riesgo que interactúan entre sí y predisponen a las personas a enfermarse de cáncer. Sin embargo, nadie puede afirmar que el cáncer no existe. Fuera de las enfermedades infectocontagiosas como el sida, cuya causa es ahora bien conocida y tratada exitosamente con diversos medicamentos, en realidad no conocemos con toda exactitud la causa de la gran mayoría de las enfermedades que padecemos.

La historia del progreso médico en la conquista de la mayoría de las enfermedades pasa por varias etapas. La primera de ellas es fundamental y consiste en aislar un síndrome específico. Aunque en ocasiones en el lenguaje cotidiano existe un abuso del término *síndrome* para señalar hábitos o costumbres que no tienen nada que ver con situaciones de enfermedad, en medicina, el concepto de síndrome se refiere a un patrón de signos y síntomas que revelan la presencia de una enfermedad y sus cambios en el tiempo, los cuales sugieren que ese grupo de signos y síntomas definen una enfermedad específica. Así, cuando una persona sufre de tristeza profunda, llanto fácil, reducción de su energía y su actividad, tiene problemas para dormir y de apetito, se reprocha a sí misma y experimenta sentimientos de culpa en forma excesiva e inadecuada, y estos síntomas están presentes durante la mayor parte del día, casi todos los días, por al menos dos semanas, es posible considerar que esa persona sufre de un síndrome depresivo.

O bien, cuando la persona experimenta la sensación de temor sin un peligro real o aparente, se queja de sudoración de manos, de latidos intensos y frecuentes del corazón, siente que se va a ahogar porque el aire no llena sus pulmones, y estos síntomas están presentes la mayor parte del día, todos los días, por semanas o meses, entonces es posible considerar que la persona sufre de un síndrome ansioso. Estos ejemplos muestran cómo a partir de agrupaciones específicas de

signos y síntomas, que concurren en tiempo y forma, y que caracterizan un estado anormal o patológico, es posible definir determinados síndromes psiquiátricos como la depresión o la ansiedad, por ejemplo.

Progresivamente ha mejorado la definición de las enfermedades mentales más importantes y hemos logrado delimitar diversas categorías que son diferentes en su evolución y respuesta al tratamiento. Además, el estudio del cerebro y su producto, la mente, en relación con la conducta, acumula hoy en día gran cantidad de información y ha abierto la posibilidad de detectar cierto tipo de células nerviosas y cómo algunas de sus señales químicas presentan fallas en su regulación, las cuales es posible relacionar con la expresión de los signos y síntomas de las enfermedades mentales.

Sin embargo aún no es posible señalar alguna lesión o causa específica para estas enfermedades. A partir de este hecho, se ha llegado a posiciones extremas según las cuales la enfermedad mental no existe. En 1961, el doctor Thomas Szasz calificó a la enfermedad mental como un mito en un libro que en su tiempo logró amplia difusión (Szasz, 1999). Szasz anota que la mente no es un órgano anatómico como el corazón o el hígado, por lo tanto, no puede haber, literalmente hablando, enfermedad mental, y que ésta es una noción científica sin valor, un concepto erróneo impuesto por los psiquiatras a personas que tan sólo tienen problemas con sus vidas pero que no sufren ningún tipo de padecimiento. Para Szasz, los diagnósticos psiquiátricos son etiquetas aplicadas a personas cuyas conductas molestan u ofenden a la sociedad.

Sin embargo, a pesar de que no existe en la actualidad ninguna explicación acerca de la naturaleza de las enfermedades mentales, el sufrimiento y la discapacidad, están ahí. La idea del mito de la enfermedad mental, en mi opinión, ha sido descalificada paulatinamente por los crecientes avances en el campo de las ciencias de la salud mental y la demostración de las alteraciones químicas que afectan los procesos mentales a través de cambios biológicos en el cerebro (Kandel, 1998), ofreciéndonos una explicación, imperfecta quizá, de por qué las células del cerebro humano funcionan de forma anormal afectando la vida social y personal de quien padece una enfermedad mental.

La carga de la enfermedad mental

No sabemos con exactitud desde cuándo ni por qué los seres humanos empezamos a sufrir enfermedades de la mente. Sin embargo, sabemos que este tipo de padecimientos nos han acompañado durante miles de años y que empezaron a describirse cuando los seres humanos comenzamos a registrar nuestra historia, hace unos cuatro mil o cinco mil años (Andreasen, 2004). En la mayoría de los antiguos escritos médicos aún conservados se mencionan las enfermedades mentales.

Por ejemplo, en los escritos de Hipócrates, considerado el “padre de la medicina”, podemos encontrar cómo las enfermedades mentales se consideraban ya enfermedades del cerebro: “Los hombres deben saber que de ninguna otra parte más que del cerebro viene la risa, y los lamentos [...] del mismo órgano desarrollamos la locura y el delirio que nos asaltan” (en Salín-Pascual, 2003: 11). Y así como durante la mayor parte de su historia las enfermedades mentales se han considerado padecimientos que se expresan como cambios en las emociones y en el pensamiento, también, durante la mayor parte de la historia de la humanidad, la enfermedad mental ha sido considerada una condena, a los enfermos se les señala como culpables y a los encargados de su atención, inquisidores con la misión de librar a la sociedad de tan terribles males (Márquez, 2010).

Una de las causas de estas actitudes tiene que ver con los prejuicios arraigados en nuestro sistema de creencias, en relación con las enfermedades mentales y las personas quienes las padecen. Otra es la idea muy extendida de que no se cuenta aún con los conocimientos acerca de sus causas y que estos conocimientos son indispensables para prevenirlas y tratarlas (De la Fuente, Medina y Caraveo, 1997). Sin embargo, a la luz de los avances de los que disponemos hoy en día y que “iluminan” con nuevas herramientas los mecanismos biológicos y sociales de la enfermedad mental, esta actitud no se justifica del todo. Como algunos mitos se confirman o disipan cuando las personas se enfrentan a los hechos reales, para conseguirlo debemos enfrentarnos primero a la enfermedad, al sufrimiento y la discapacidad.

Las enfermedades mentales son a menudo ignoradas o malentendidas porque afrontar una enfermedad grave nos conmueve y atemoriza. A las personas con capacidad de empatía, es decir, de ponerse en los zapatos de los demás, nos obliga a considerar que también somos vulnerables y nos puede ocurrir lo mismo. Probablemente, las enfermedades mentales son, entre todas las enfermedades, las que producen la reacción más intensa porque son las menos comprendidas. En la calle, al cruzarnos con alguna persona que sufre de una enfermedad mental, nuestra reacción instintiva es tratar de ignorarla y mirar para otro lado. Sin embargo, existen importantes razones por las que no podemos ignorarlas.

Primera, porque estos encuentros son muy frecuentes. En México, de acuerdo con la más reciente encuesta acerca de la frecuencia y distribución de las enfermedades mentales en nuestro país (Medina, Borges, Lara *et al.*, 2003), seis de cada 20 mexicanos presentaron algún trastorno mental alguna vez en su vida; tres de cada 20 y uno de cada 20 mexicanos presentaron trastornos mentales alguna vez en su vida los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente.

Segunda, porque desde el punto de vista económico son muy costosas. En el año 2000, el costo de la atención de las personas con esquizofrenia o depresión fue de 2,500 pesos al año por cada paciente (Arredondo, 2003). Si tomamos en cuenta que la esquizofrenia afecta a 1% y la depresión a 4.5% de la población mexicana,

el gasto para la atención de estas dos enfermedades representa miles de millones de pesos al año en las diferentes instituciones de salud de nuestro país.

Las enfermedades mentales también a menudo son mortales. En México, la proporción de intentos de suicidio asociados a una enfermedad mental como causa que motivó el intento es de 4.3% en hombres y 2.6% en mujeres (Rascón, Gutiérrez, Valencia *et al.*, 2004). La frecuencia del suicidio crece, y en años recientes ha ido en aumento alarmante el número de suicidios entre nuestros jóvenes de 15 a 24 años de edad (Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2004). Es difícil permanecer indiferentes ante este panorama en el que la carga de la enfermedad mental en términos de discapacidad y costos para los individuos, las familias y nuestra sociedad resulta ser abrumadora.

El concepto de enfermedad mental

Definir qué es una enfermedad mental continúa siendo un problema difícil. Durante muchos años, expertos en ciencias sociales y de la salud se han esforzado para definir el concepto. Sin embargo, no fue sino hasta principios de la década de los setenta, cuando se afrontó el tema de si la homosexualidad debía ser considerada como una enfermedad mental, que la psiquiatría inició a plantearse seriamente el problema (Williams, 2001). Tal esfuerzo finalmente dio paso a una definición de enfermedad mental que ha prevalecido hasta la fecha, de forma más precisa, en la cuarta edición del *Manual diagnóstico de los trastornos mentales* (DSM-IV, 1994), que define las enfermedades mentales como síndromes psiquiátricos que caracterizan un estado anormal o patológico determinado.

De acuerdo con este manual, la enfermedad mental es un síndrome, es decir, un conjunto de signos y síntomas, o un patrón de comportamiento psicológico, en combinación con una determinada evolución en el tiempo, que aparece asociado a dolor, sufrimiento o discapacidad. Además, dicho conjunto de signos y síntomas, patrón de conducta o comportamiento, no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento en particular, por ejemplo, la pérdida de un ser querido.

Cualquiera que sea su causa, un determinado síndrome psiquiátrico debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción biológica, psicológica, o del comportamiento, del individuo y no del grupo social al que pertenece. Por lo tanto, las conductas “socialmente desviadas”, ya sean opiniones políticas, creencias religiosas o preferencias sexuales, diferentes o contrarias al sistema social y cultural establecido, no deben ser consideradas enfermedades mentales.

Desde esta perspectiva, cuando hablamos de una enfermedad mental nos referimos a conductas o comportamientos que se consideran “anormales” y con importancia clínica, es decir, que tienen trascendencia en la vida de las personas

y ameritan consulta y atención médica. En medicina, los signos son la evidencia objetiva y concreta de un malestar, como la fiebre en una enfermedad infecciosa, o el aumento de la conducta motora en los estados de agitación o inquietud extrema. Los síntomas son las referencias subjetivas que da una persona enferma acerca de lo que percibe, se da cuenta y puede reconocer como algo “anormal” respecto a lo que le está sucediendo, por ejemplo, el dolor o los estados de tristeza profunda en los casos de depresión.

La depresión es una enfermedad mental con un patrón de signos y síntomas que la hacen ver como una enfermedad mental distinta de otras enfermedades mentales, como tristeza profunda, de un carácter claramente anormal para la persona, durante la mayor parte del día y casi todos los días, con la sensación de pérdida del interés por actividades cotidianas que la persona hacía antes con gusto. Hay también alteraciones en los “apetitos básicos”, como dificultades para dormir, cambios en el apetito y una baja significativa en los niveles de energía. Luego están las ideas de reproche, de minusvalía, de baja autoestima, los problemas para concentrarse, las ideas y las conductas suicidas. Estos signos y síntomas deben estar presentes al menos dos semanas para considerar que estamos ante una enfermedad con importancia clínica que requiere consulta y atención médica.

Veamos el caso de la depresión de M:

M es una mujer de 35 años, profesionista, que ha estado padeciendo cuadros repetidos de depresión, con intervalos de dos a tres años de buen estado de ánimo. Sus síntomas se caracterizan por tristeza, llanto sin motivos externos, pérdida del interés para realizar las cosas que antes hacía con mucha motivación. Insomnio en la madrugada, desgano, pérdida del apetito, disminución del peso sin estar a dieta, y disminución del deseo sexual. En el pasado ha tenido ideas de ya no querer estar viva, pero debido a su formación religiosa, nunca ha intentado suicidarse. Tiene un hermano mayor que presenta los mismos síntomas, pero con menor intensidad, y una hermana mayor que los dos que nunca se ha deprimido. Los tres tienen como antecedentes haber sido hijos de padres divorciados, y que por mucho tiempo estuvieron en escuelas públicas semiinternados, ya que su madre, con quien se quedaron, tenía que trabajar todo el día para salir adelante. La madre padecía también de episodios depresivos. M tenía 3 años, su hermano 6 años y la hermana más grande 12 años cuando sucedió el divorcio de los padres (Salín-Pascual, 2003: 18-19).

En el ejemplo anterior podemos identificar una serie de signos y síntomas que nos permiten asociar el sufrimiento de M a una condición emocional anormal conocida como depresión. Además, en este caso se dan dos circunstancias: Primera, la madre de M también sufría de depresión, lo cual nos indica la posibilidad de un fenómeno hereditario o biológicamente determinado a través de la herencia transmitida de padres a hijos. Segunda, no podemos descartar

la posibilidad de que M y su hermano “aprendieron” el estilo depresivo de la madre. Esto nos lleva a considerar los factores sociales en los que se encuentra inmerso el individuo desde su nacimiento, en este caso, el evento vital de la separación de los padres, lo cual tuvo un efecto dramático en los tres hijos; sin embargo, el estadio de desarrollo de cada uno de ellos hizo que el impacto fuera radicalmente diferente.

A razón inversa, entre más pequeño el hijo, más repercusión en la etapa adulta. M y su hermano respondieron de una manera acentuada, que quedó marcada a lo largo de sus vidas, por una respuesta catastrófica a la situación de abandono, a la separación y a la pérdida de sus seres queridos (Salín-Pascual, 2003: 14-19). En síntesis, por la identificación del patrón de signos y síntomas podemos considerar el padecimiento de M como un síndrome psiquiátrico, característico de una enfermedad mental conocida en psiquiatría como depresión. Ahora bien, si en el anterior caso nos es posible identificar la presencia de un síndrome psiquiátrico, de una enfermedad mental, entonces ¿qué no es una enfermedad mental? Espero que el siguiente caso nos ayude a aclarar esta cuestión.

En el otoño de 1984 G, un economista de 40 años de edad, es llevado por la policía desde la cárcel hasta una sala de consulta de un hospital psiquiátrico. Cuatro meses antes, mientras buscaba el domicilio de un amigo, agentes de la policía descubrieron un libro, escrito por G, en el que criticaba el sistema económico de su país. En este libro, G se definió como un “economista de ideología comunista” y un patriota. Utilizaba un lenguaje igual que el “oficial” y “aprobaba” ideas políticas y económicas vigentes en su país. El argumento del libro se centraba en las reformas de la economía del país con el fin de producir una mayor prosperidad y mayor estabilidad económica en el país. G fue arrestado y acusado de “realizar propaganda antigubernamental en contra del Estado socialista”. Debido a que no se mostró totalmente cooperador, G fue llevado por la policía a que se le practicara un reconocimiento de tipo psiquiátrico. El investigador de la policía describe en un documento que “existen suficientes razones para sospechar que el detenido sufre de una enfermedad mental, responsable de su conducta y ha provocado serios delitos contra el Estado”.

El prisionero llega esposado, muy ansioso y asustado. Al inicio de su discurso, el psiquiatra anota que el individuo posee “ojos penetrantes y ardientes”. Durante la entrevista, el prisionero insiste en su derecho de tomar nota y de escribir todo aquello que se le pregunta; al serle negado este derecho, el prisionero se niega a hablar. En la sala de consulta, rodeado de policías, se encierra en sí mismo y se le describe “retraído, con la mirada perdida en varias ocasiones y con un rechazo persistente a hablar”. G fue hospitalizado en ese momento. El personal del hospital mencionan estar preocupados por su “atención excesiva” hacia la comida que se sirve en el hospital, y de que la medicina ha sido puesta en la comida, y lo describen “con delirio de persecución”.

En la primera semana, el detenido pide ver al director del hospital y cuando éste acude, G lo enfrenta por el hecho de haber sido acusado injustamente. G niega la naturaleza criminal de su actividad y argumenta que lo que hizo fue escribir solamente un libro sobre la economía del Estado, al ser su profesión la de escritor. Las notas tomadas en el archivo local revelaron que el detenido no realizó el servicio militar debido al diagnóstico de “neurosis”, establecido por un psiquiatra en la clínica de salud mental local. Las notas de la historia clínica le describían como un muchacho “preocupado por la historia y las matemáticas, con una excesiva preocupación por su salud”. Aparentemente el detenido fue visto en la clínica de salud mental solamente tres veces y nunca requirió ningún tipo de tratamiento. El psiquiatra no pudo entrevistar a la familia de G o a sus amigos y colegas. Se lo prohibió la policía ya que por la peligrosidad del detenido la policía quiere mantenerle incomunicado antes de iniciar el juicio.

De este modo, el psiquiatra nunca supo que el detenido era un “estudiante ejemplar” de una universidad estatal o que era admirado por sus colegas. El psiquiatra tampoco supo que el detenido había estado casado durante 18 años, que mantiene estrechas relaciones personales con varios amigos, ni tampoco pudo leer el libro de G que presumiblemente era producto de una mente enfermiza. A la tercera semana un comité de expertos, compuesto por tres psiquiatras, confirmó el diagnóstico de *esquizofrenia* realizado por el primer psiquiatra que atendió a G y el comité de expertos recomienda tratamiento psiquiátrico para G “por su incapacidad de poseer una actitud crítica hacia su propia enfermedad y por un rechazo a recibir tratamiento médico adecuado”.

El psiquiatra que describe este caso (en Spitzer, Gibbon, Skodol *et al.*, 1996: 454-458) sugiere que la policía sabía que el Estado tendría una dificultad considerable para condenar a G, ya que debía demostrar que sus intenciones eran “dañar y perjudicar los intereses del Estado socialista”. Debido a que G era una persona persistente, un juicio público incomodaría al gobierno. Como se le diagnosticó un trastorno de tipo psiquiátrico que lo excluyó del servicio militar, la policía pensó que un juicio sería innecesario y que la credibilidad de las ideas de G sería menor si su comportamiento se atribuía al hecho de padecer una enfermedad mental.

Al psiquiatra se le proporcionó una información inadecuada e inexacta, no tenía acceso a la familia de G ni a sus amigos, y atendió a un hombre atemorizado, que rechazó todo tipo de tratamiento. Actuando en un sistema social con un margen extremadamente estrecho de “conductas permitidas” y con una profesión médica que utiliza un concepto de esquizofrenia extraordinariamente amplio, el psiquiatra podría haber sido sincero a la hora de considerar a G como un enfermo mental. Puede ser posible, también, que el psiquiatra usara su poder de manera cínica y nada profesional para establecer el diagnóstico, decidir el ingreso y tratar al paciente con el fin de satisfacer las demandas de la policía para deshacerse de este hombre “problemático”.

A diferencia del psiquiatra que atendió a G, nosotros apreciamos que en este caso no existe ninguna evidencia de signos y síntomas para establecer la presencia de un síndrome psiquiátrico. Las aparentes dificultades que presenta “el paciente” son el resultado de la interacción de su muy particular forma de ser y de pensar, en una sociedad opresiva y poco tolerante a las críticas. Éste es un ejemplo de lo que no es una enfermedad mental, sino un caso del uso de la psiquiatría como una práctica médica que atiende otros intereses y necesidades al margen de la enfermedad.

Las manifestaciones clínicas de las enfermedades mentales

Antes de revisar algunos mitos y realidades acerca de las enfermedades mentales, haré una breve descripción de cuatro alteraciones psiquiátricas (esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar y trastornos de ansiedad), con el fin de dar a conocer algunas de sus características y principales signos y síntomas. Acompañan a esta descripción algunos casos clínicos en los cuales, por supuesto, se ha modificado la identidad de los pacientes.

Esquizofrenia

Es la forma más frecuente de psicosis y afecta a cerca de 1% de la población mundial, lo que significa que en nuestro país hay cerca de un millón de personas con esta enfermedad. El concepto de psicosis, lo que comúnmente la gente identifica como “locura”, describe una serie de procesos psicológicos alterados, como percibir estímulos que no existen, conocidos como alucinaciones, e ideas fuera de la realidad o ideas delirantes, o comportamientos claramente anormales, así como aislamiento social grave y prolongado.

Caso clínico:

J tenía 22 años cuando sus padres notaron por primera vez que había un cambio en la manera de ser de su hijo. Había sido un buen estudiante toda su vida, y se encontraba a punto de terminar su carrera como ingeniero civil, cuando súbitamente decidió dejar la carrera. Entonces J les dijo a sus padres que su verdadera aspiración era la música. Había tomado clases de piano desde que era niño, pero siempre lo había visto más bien como un pasatiempo. El padre de J aceptó esa decisión pero le sugirió que no dejara la carrera del todo, que sólo se diera de baja por un tiempo. Por seis meses, J tocaba el piano y tomaba clases, de forma continua, con un promedio

de 12 a 14 horas todos los días. Finalmente, cuando uno de sus maestros le dijo que para tocar el piano como un verdadero maestro había que comenzar desde niño, J se decepcionó, y dejó de recibir las clases de piano y practicar.

Se encerró en su habitación, no salía más que para comer. Se le notó muy pensativo, sumido en sus propios pensamientos, descuidó su aseo personal, y con frecuencia se le veía mirándose al espejo continuamente y de manera minuciosa. Una semana antes de que fuera hospitalizado, los padres de J decidieron hablar con él y le invitaron a comer. Al terminar la comida, J insistió a su padre que no tomara café. Se notaba muy nervioso, mirando de un lado a otro muy preocupado. Como su padre no le hizo caso, en el momento que éste se llevaba la taza de café a la boca, J le jaló el brazo y le derramó el café en la ropa. “¡Te dije que no lo tomaras!... ¿Qué no ves que está envenenado?”. De regreso a casa, J viajaba en el asiento de atrás del carro, acostado, levantándose con cautela, asomándose por la ventanilla para ver a los demás carros, para luego agacharse de nuevo. Al poco rato le pidió a su padre detener el carro y cuando lo hizo, le suplicó a sus padres que lo metieran a la cajuela. “Es que me están cazando; ellos me quieren matar y también a ustedes, si no me ven no les va a pasar nada”. Los padres de J se asustaron mucho de que su hijo estuviera tan alterado, pero no lo contradijeron, lo ayudaron a entrar a la cajuela y siguieron su camino. Los demás días J salía de su recámara a vigilar cómo se preparaba la comida y no comía sin que alguien la probara primero. Dejó de dormir por las noches y se colocó unas cadenas con cruces en el pecho y en la espalda. Ante las insistencias de sus padres acudió al hospital, de donde fue referido a consulta con psiquiatría. En la consulta se observó desaliñado, hablaba normalmente, contestando de manera muy concreta a las preguntas. Al terminar la entrevista dijo: “Doctor, no se moleste por sus medicinas, de todos modos no voy a confesar”. J tuvo una muy buena respuesta a los medicamentos recetados contra la psicosis, a las dos semanas hizo un relato de su padecimiento.

Comentó que un día, hacía más o menos un año, cuando corría para hacer ejercicio notó que los motores de los carros emitían unas señales como en clave, y así, de pronto, se dio cuenta de que lo que le informaban los carros era acerca de un complot, de una conspiración para hacerle daño a él y a su familia. “Porque nosotros no votamos por Salinas de Gortari”. Había varios retratos de Salinas de Gortari por donde él vivía y sentía que los ojos de los retratos lo seguían, “Sentí que los ojos tenían cámaras”, comentó J. Se recuperó poco a poco, aclarando cada vez más sus alucinaciones e ideas delirantes (Salín-Pascual, 2003: 142-143).

Este caso es un ejemplo del primer episodio de una esquizofrenia de tipo paranoide, con las manifestaciones clínicas características de la psicosis, como las alucinaciones e ideas delirantes de tipo persecutorio, con un grado mínimo de alteración en el resto de las funciones mentales. Al final de cuentas, J terminó la carrera de ingeniero civil y ahora trabaja con su padre, continúa en tratamiento

psiquiátrico, sigue tomando medicamentos y no ha presentado otro nuevo episodio de psicosis (Salín-Pascual, 2003).

La esquizofrenia, probablemente la más cruel y devastadora de las enfermedades mentales, se caracteriza por alteraciones de la percepción, el pensamiento y las emociones, éstas últimas en forma de una falta de respuesta emocional, o aplanamiento afectivo, o por su forma inadecuada de expresarse, como reír estrepitosamente sin motivo aparente. En general, se conservan la claridad de la conciencia y la capacidad intelectual, aunque con el tiempo pueden presentarse problemas de atención y de memoria. La esquizofrenia compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su ser individual, singularidad y dominio de sí misma.

Las alteraciones del pensamiento más características de esta enfermedad son las ideas delirantes, es decir, ideas falsas que se mantienen fijas a pesar de no tener fundamento racional en la realidad, inaceptables en el contexto cultural de la persona enferma; entre las más comunes se encuentran las ideas paranoides, los llamados delirios de persecución, o de daño y perjuicio.

También son muy frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas: la persona escucha ruidos o voces que nadie más oye porque no existe el estímulo correspondiente, y que pueden comentar la conducta o los pensamientos propios del enfermo. En la esquizofrenia es común el pensamiento vago, y su expresión verbal es a veces incomprensible. El comienzo, por lo general entre los 15 y 25 años de edad, puede ser agudo, explosivo, con alteraciones graves de la conducta, o poco a poco, con un desarrollo gradual de ideas y conducta extrañas.

El curso suele ser muy variable y no es inevitablemente crónico y con deterioro. La esquizofrenia afecta a ambos sexos por igual, pero el inicio tiende a ser más tardío en las mujeres. Si bien no existe en la actualidad una verdadera cura para la esquizofrenia, los tratamientos farmacológicos hoy disponibles permiten un control significativo de los síntomas de psicosis. Además, los programas de orientación familiar acerca de las características de la enfermedad, a través de la información y la educación que ofrecen a los familiares de las personas con esquizofrenia, les permite adquirir habilidades y conductas para enfrentar los obstáculos que genera esta enfermedad mental, y la posibilidad de una mejor calidad de vida para el paciente y sus familiares.

Trastornos del humor

Las dos formas principales de trastornos del humor son la depresión y el trastorno bipolar. Durante siglos, los médicos han reconocido que estas alteraciones del humor, o del estado de ánimo, son enfermedades. En los escritos de Hipócrates, los médicos griegos incluían en sus tratados médicos la depresión y la manía.

En México, de acuerdo con los resultados de la Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica (Medina, Borges, Lara *et al.*, 2003), 3.3% de los mexicanos sufren de un episodio depresivo y 1.3% de trastorno bipolar alguna vez en su vida. La frecuencia de la depresión está aumentando, igual que algunas de sus consecuencias, como el suicidio, a tal grado que se ha convertido en un problema de salud pública y en 2020 será la segunda causa de discapacidad en todo el mundo (OMS, 2001).

Los trastornos del humor, también denominados trastornos afectivos o del estado de ánimo, son exageraciones extremas anormales de estados emocionales como la tristeza o la alegría, pasando por el enfado, la irritabilidad o el enojo. Son como cabalgar en la montaña rusa de las emociones (Andreasen, 2004: 215), porque la alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o del estado de ánimo, en el sentido de la depresión o tristeza profunda, o bien en el de la euforia o alegría extrema. Esta variación suele acompañarse también de un cambio en el nivel general de actividad. La depresión se caracteriza por uno o más episodios de tristeza profunda y por la ausencia de una historia de episodios de alegría extrema o euforia, conocidos como manía.

En los episodios depresivos, la persona sufre de un humor depresivo, pérdida del interés e incapacidad de disfrutar de las cosas, disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad, cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son signos y síntomas clínicos de la depresión la disminución de la atención, la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil, una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas, los trastornos del sueño y la pérdida del apetito.

Caso clínico:

La psicóloga de E decidió enviarla a consulta psiquiátrica en la búsqueda de un tratamiento farmacológico debido a la persistencia de sus síntomas depresivos. Se trata de una mujer de 32 años de edad, estudiante graduada, que vive sola y se mantiene a sí misma trabajando como asistente en un consultorio dental. Completó las prácticas de un doctorado en ciencias sociales hace ya tres años, pero aún no ha empezado la tesis. E es, sin duda, una mujer de aspecto infeliz, y de hecho ella misma describe haber sido infeliz la mayor parte de su vida, sin nunca haber pasado por temporadas de felicidad real. Su padre tenía una historia de problemas con el alcohol y en su casa lo habitual era el clima de “tensión”. Niega abusos sexuales o físicos. Fue enviada por primera vez a tratamiento psicológico después de que intentara suicidarse a la edad de 14 años, y durante estos últimos años ha pasado por muchos momentos durante los cuales su habitual depresión leve se convierte en “algo peor”, pero nunca ha buscado atención médica. Hace dos años, después de una decepción amorosa, empezó a sentirse más deprimida y fue por lo que buscó ayuda con una psicóloga. Desde un mes anterior a la consulta psiquiátrica actual, admite que ha estado deprimida la

mayor parte del tiempo. Ha subido 5 kilos de peso debido a que come con frecuencia papas fritas o galletas. Suele despertarse en la noche sin poder dormir de nuevo al cabo de unas horas, por lo que al día siguiente se siente somnolienta, completando un total de 18 horas de sueño cada jornada. Dice sentirse aplastada por su propio peso, le pesan las piernas y los brazos y experimenta una sensación constante de cansancio. Piensa continuamente en sus propios fracasos y no puede concentrarse en la lectura. Aunque siempre ha deseado estar muerta, últimamente no ha realizado ningún intento de suicidio.

El humor o estado emocional de E es claramente reactivo a los sucesos de su vida diaria. Pequeñas muestras de atención por parte de su psicóloga terapeuta o de algún amigo pueden hacerla sentir realmente bien durante horas. Pero presenta una reactividad extrema frente a cualquier tipo de frustración. Si un amigo no vuelve a llamarla, o si alguien se muestra interesada en ella y luego la olvida, se siente devastada hasta el punto de no poder trabajar. Entonces se queda en casa, come en abundancia y evita cualquier contacto con la gente. El expediente académico y laboral de E ha sido errático. Tiene una maestría en sociología y trabajó como asesora un tiempo. A continuación inició un programa de doctorado; completó las prácticas del curso, pero las interrumpió para realizar un diplomado en terapia física. Nunca ha conseguido trabajar en un mismo empleo durante dos años y ha dedicado la mayor parte de su vida adulta a estudiar. Aunque E explica síntomas depresivos crónicos, cuando se le pregunta sobre periodos en su vida “muy buenos”, describe muchos episodios de un estado emocional anormalmente elevado, que se prolongan por varios meses. En estas temporadas puede funcionar durmiendo 4 a 5 horas cada noche, paga grandes facturas de teléfono y siente cómo le corren las ideas por la cabeza. Se muestra muy activa y es capaz de hacer muchas cosas y terminarlas, pero sus amigos se muestran preocupados por este cambio en su conducta, solicitándole que “frene” y que consulte a un psiquiatra, pero E teme a los medicamentos psiquiátricos porque, dice, “son muy fuertes y pueden ser peligrosos” (Spitzer, Gibbon, Skodol *et al.*, 1996: 68-70).

La historia de síntomas depresivos de E sugiere el diagnóstico de una depresión. Sin embargo, la presencia de episodios de un estado emocional elevado, la disminución de la necesidad de dormir, el aumento de la actividad y los pensamientos veloces indican la posibilidad de que E sufra de episodios de manía, lo cual descarta el diagnóstico de depresión, a favor del diagnóstico de trastorno bipolar. Este tipo de trastorno es una enfermedad mental grave en la que se presenta tristeza profunda seguida de euforia o alegría extrema, así como episodios reiterados en los que el estado de ánimo y la actividad de la persona están muy alterados.

Esta alteración consiste en exaltación emocional y un aumento de vitalidad y de actividad, conocido como manía, o en una disminución del estado de ánimo, de la vitalidad y de la actividad, síntoma de la fase depresiva del trastorno bipolar. En los estados de manía hay sentimientos marcados de bienestar y de

elevado rendimiento físico y mental, la persona se vuelve más sociable, habla sin parar y su necesidad de dormir disminuye. En algunos episodios de manía del trastorno bipolar, el humor es irritable y celoso más que exaltado. Lo característico en el trastorno bipolar es que se produzca una recuperación completa entre cada episodio. Sin importar la edad, el sexo, la situación económica, religión o educación, los trastornos del humor tienden a ser recurrentes y el inicio puede estar en relación con situaciones de tensión emocional.

La depresión y el trastorno bipolar pueden presentarse a cualquier edad. En México, la depresión afecta más a las mujeres que a los hombres y el trastorno bipolar un poco más a los hombres que a las mujeres. Los trastornos del humor son de las enfermedades mentales que pueden tratarse con mayor eficacia hoy en día. Para la depresión existen eficaces antidepresivos e intervenciones psicológicas con las cuales es posible lograr la completa remisión de los síntomas depresivos.

El tratamiento del trastorno bipolar incluye la administración de medicamentos conocidos como “estabilizadores del estado de ánimo”, bastante efectivos y muy útiles para el control de los dramáticos cambios emocionales de la enfermedad bipolar. Además, la orientación y educación para que una persona con trastorno bipolar conozca su enfermedad suele ser muy efectiva para controlar la evolución del padecimiento y prevenir a tiempo la aparición de nuevos episodios.

Trastornos de ansiedad

Son enfermedades mentales graves y en nuestro país son las más frecuentes. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Psiquiátrica, 14.3% de los mexicanos sufren de algún tipo de trastorno de ansiedad alguna vez en su vida. Suelen ser más frecuentes en las mujeres que en los hombres y la edad en que inician tiende a ser antes de los 15 años (Medina, Borges, Lara *et al.*, 2003). Tener ansiedad es algo hasta cierto punto normal, pero tenerla en exceso se convierte en una enfermedad. Los mecanismos biológicos que generamos ante un peligro o una situación de competencia son respuestas normales que nos ayudan a ponernos en estado de alerta en situaciones que implican un cierto grado de esfuerzo extra (Salín-Pascual, 2003).

Para esto evolucionó el cerebro y su producto, la mente, con su sistema generador de ansiedad. La ansiedad es un estado emocional, una forma de estado de vigilancia que nos permite estar alertas sobre cambios en el medio ambiente que sean potencialmente peligrosos. Para este tipo de respuesta existen estructuras del cerebro bien conocidas que preparan al cuerpo para la acción: el corazón aumenta la frecuencia y la fuerza de sus latidos, la presión de la sangre se eleva para que la sangre y el oxígeno lleguen a los músculos, previniéndolos así para el esfuerzo que se va a realizar.

El que este tipo de respuesta se active de manera inapropiada, ante situaciones sin un riesgo o peligro real, es lo que le da su sentido y su significado de enfermedad. Para ninguna persona resulta agradable esta marea ansiosa; por ejemplo, en cuestión de minutos, paseando por el parque, la persona de pronto siente que está a punto de morir y experimenta un ataque de pánico, o permanece semanas o meses enteros con manifestaciones de ansiedad, como en el trastorno de ansiedad generalizada.

Ataques de pánico

Este tipo de trastorno de ansiedad tiene un inicio súbito, las personas pueden estar desarrollando sus actividades cotidianas, cuando de pronto sienten latir su corazón más rápido e intenso, no pueden respirar, se sienten ahogar, mareadas, con una sensación física o corporal que las lleva a pensar que están a punto de morir. Los episodios duran entre cinco a 20 minutos y tienden a ser recurrentes. El grupo de edad más expuesto a padecer ataques de pánico está entre la tercera y cuarta décadas de la vida. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres, en razón de 2 a 1.

Caso clínico:

D es maestra de primaria y sufre de ataques de pánico. Estas crisis aparecieron después de haber estado sometida a mucha tensión durante el proceso de divorcio en el que su exmarido quería quedarse con los hijos. Él la había amenazado con secuestrar a los niños en caso de perder el juicio de divorcio, y como lo perdió, D vivió angustiada por varios meses, hasta que se enteró que él se había ido del país. Todo parecía estar muy bien, hasta que un día, manejando notó que le costaba trabajo pasar la saliva, sintió mucho miedo de ahogarse ahí, manejando, con sus hijos en el auto. Se estacionó como pudo y entonces sintió que su corazón se quería salir del pecho, y que el aire no le llenaba con facilidad los pulmones. Una mujer que pasaba por ahí se acercó y le preguntó si podía ayudarla, D le contestó: “Me puede llevar a un hospital, creo que me estoy muriendo”. En la sala de urgencias del hospital, luego de examinarla, el médico le dijo que no tenía nada de qué preocuparse, que probablemente fuera una baja de azúcar en la sangre, que aunque ahora estaban en límites bajos normales, podría ser que eso explicara su reacción.

Las crisis de pánico continuaron dos o tres veces por semana; en su casa, manejando, en el cine, caminando por la calle, prácticamente en todos lados. A pesar de acudir con varios especialistas y después de varios exámenes de laboratorio y radiografías, concluyeron que quizás fuera algún tipo de epilepsia, pero no le ofrecieron ningún tipo de tratamiento. Un día, durante un receso en el trabajo decidió contarle a una maestra compañera de la escuela lo que le sucedía, quien a su vez le comentó

a D que su madre había tenido algo parecido, que quizás se tratara de algo que un psiquiatra le había diagnosticado a su madre como ataques de pánico. Le llevó un folleto en donde se explicaba cada uno de los síntomas que D tenía y con esta información acudió con un psiquiatra. Éste le hizo el diagnóstico de ataques de pánico. Le recetó unas gotas de un medicamento derivado del diazepam y le recomendó que acudiera con una psicóloga experta en psicoterapia. A dos años de sus ataques, D se encuentra libre de síntomas y sin medicamento (Salín-Pascual, 2003: 117).

Trastorno de ansiedad generalizada

Este trastorno de ansiedad es una condición crónica con manifestaciones constantes de síntomas de ansiedad. Se caracteriza por un sentimiento constante de tensión o de miedo. La persona se comporta como si algo malo fuera a suceder. El diagnóstico de este trastorno incluye ansiedad y preocupación excesivas que están presentes la mayor parte de los días, durante la mayor parte del día, por al menos seis meses. Las preocupaciones no incluyen aspectos de la vida de la gente por los que es normal estar preocupado: escolares, laborales o familiares.

Las preocupaciones sintomáticas del trastorno incluyen al menos tres de los siguientes síntomas, como inquietud o intranquilidad, cansancio, problemas para concentrarse, mal humor o irritabilidad, tensión muscular elevada, en particular en la parte posterior de la cabeza y el cuello, problemas para dormir y algunas quejas o molestias físicas no bien definidas. La ansiedad que determina el diagnóstico no debe ser parte de otro tipo de trastorno de ansiedad, como las crisis de pánico, y tampoco ser consecuencia del uso de sustancias estimulantes del sistema nervioso, como la cafeína o la cocaína (Salín-Pascual, 2003).

Caso clínico:

C a sus 30 años de edad trabaja en una farmacia donde realiza algunas actividades de contabilidad y tiene otras múltiples actividades. Un día, al salir del trabajo notó que tenía una sensación de malestar en la nuca, en los hombros y en la espalda, como de opresión. Poco después se agregó a lo anterior un dolor de cabeza, vespertino, con la sensación de traer una cinta bien apretada alrededor de la cabeza. Empezó a tener dificultades para dormir, se acostaba entre las diez y las once de la noche, pero a veces tardaba hasta dos horas en dormirse, y en ocasiones si despertaba en la noche le costaba trabajo volverse a dormir. Por las mañanas se levantaba cansada, con una opresión en el pecho. Durante el resto del día se la pasaba de mal humor, cualquier ruido la sobresaltaba, y notó un temblor fino en sus manos. Cuando llegó al consultorio del psiquiatra, narró sus síntomas y dijo que tenía más de siete meses con tales molestias, que había perdido el apetito y 5 kilogramos de peso en los últimos tres meses. A veces

se sentía confundida y cualquier situación de exceso de presión en el trabajo, por mínima que fuera, la hacía estallar. Notó que tomar café, inclusive descafeinado, la ponía muy temblorosa, mientras que una copa de tequila parecía tranquilizarla, empezó a tomar en las tardes hasta tres copas, y le dio miedo ya que pensó que podría volverse alcohólica, ése fue el motivo de la consulta médica inicial (Salín-Pascual, 2003: 129).

El psiquiatra realizó el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada tras descartar cualquier otro problema de salud a través de varios estudios de laboratorio, le prescribió una dosis diaria de diazepam y técnicas de relajación. Como C tenía la idea de que los medicamentos psiquiátricos “son drogas” y pueden causar adicción, el psiquiatra le explicó acerca de los síntomas de ansiedad y que él había seleccionado ese medicamento porque las personas con síntomas parecidos a los que ella padecía habían tenido buenos resultados y él consideraba que también funcionaría para ella.

Le explicó acerca de los posibles efectos secundarios del medicamento, en particular de la posibilidad de sedación o somnolencia, y por ese motivo debía tomarlo por las noches, con lo cual disminuirían sus síntomas de ansiedad y mejorarían sus problemas para dormir. Ella confirmó que en efecto, medicamentos como el diazepam, aun a dosis adecuadas para el tratamiento, pueden causar adicción, pero si practicaba las técnicas de relajación como complemento de la medicina, al cabo de unas semanas de tratamiento sería posible reducir las dosis al mínimo y el riesgo de adicción sería menor. Los síntomas de C remitieron por completo luego de tres semanas; continúa tomando el medicamento sin ningún efecto secundario, y practicando las técnicas de relajación recomendadas se mantiene libre de síntomas de ansiedad (Salín-Pascual, 2003).

La enfermedad mental, mitos y realidades

A menudo, la gente teme hablar acerca de la enfermedad mental por los prejuicios y la falta de información que se tiene de este tipo de padecimientos. En nuestra vida cotidiana hemos incorporado la figura del enfermo mental como la de una persona a la que hay que rehuir o rechazar, generalmente sin un juicio objetivo que pueda justificarlo. Entonces, desarrollamos ideas y creencias erróneas, es decir, mitos, en un intento por explicar y justificar nuestra actitud.

Los mitos, por tradición, son una forma de entender la realidad que por desconocida nos resulta atemorizante y peligrosa. Como algunos mitos se confirman o disipan cuando las personas se enfrentan con los hechos reales, es importante conocer la realidad en torno a la enfermedad mental para detener el estigma y la discriminación y tratar con respeto y dignidad a las personas que la padecen.

Algunos de los mitos que a continuación revisaremos los encontramos comúnmente en nuestra práctica profesional, y parte de nuestro trabajo es informar a los pacientes y sus familiares la realidad de los hechos en torno a la enfermedad mental. Otros mitos y sus realidades aparecen con frecuencia en la literatura sobre el tema, los cuales, por su importancia y trascendencia, invito al lector a conocerlos.

Mito 1. No hay esperanza para la gente con enfermedades mentales; independientemente de la edad y el sexo de la persona, la enfermedad mental suele ser para toda la vida

No obstante, hay excepciones. En muchos casos, la persona supera la enfermedad y en otros, si bien la enfermedad perdura por mucho tiempo, el paciente, con la ayuda del personal de salud y sus familiares será capaz de afrontar su situación. Porque hoy más que nunca existen intervenciones efectivas para la gente con problemas de salud mental. La investigación científica nos ha permitido desarrollar tratamientos farmacológicos, psicológicos y sociales eficaces para reducir la severidad de los síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas. Comparado con la opción de no recibir tratamiento, el medicamento y la terapia psicológica, juntos o por separado, reducen la severidad de los síntomas en un porcentaje superior al 50% (OMS, 2004).

En México, estudios sobre el tratamiento de la esquizofrenia y la depresión demostraron que el tratamiento farmacológico combinado con intervenciones psicológicas no sólo fue la opción más económica, también fue la más efectiva de acuerdo a la reducción de los niveles de severidad de los síntomas de estas enfermedades (Lara, Robles, Orozco *et al.*, 2010). Por lo tanto, es posible afirmar que si bien las intervenciones actuales no eliminan por completo los síntomas y la discapacidad asociada a estos padecimientos, sí superan en mucho la opción de no recibir tratamiento. En este sentido, por supuesto que hay esperanza para las personas con enfermedad mental.

Mito 2. No se puede hacer nada por alguien con una enfermedad mental, porque independientemente de la edad y el sexo de la persona, la enfermedad mental suele ser para toda la vida

No obstante, como ya se comentó, hay excepciones. En muchos casos, la persona supera la enfermedad y en otros, si bien ésta perdura, el paciente, con la ayuda de sus familiares, amigos y profesionales en salud mental, será capaz de afrontar su situación. Todos y cada uno de nosotros podemos hacer mucho más de lo que piensa la mayoría de la gente, el esfuerzo colectivo puede contribuir a mejorar la salud de nuestros semejantes. Comenzando por la forma en que actuamos y hablamos,

podemos crear un ambiente favorable que dé fuerzas a la gente con enfermedad mental. Por ejemplo, debemos evitar calificar a la gente como “loco” o “chiflado”, o con algún calificativo referente al diagnóstico de la enfermedad que padece.

En lugar de decir que alguien “es esquizofrénico”, es recomendable cambiar a “padece esquizofrenia”. Debemos conocer la realidad sobre la enfermedad mental y compartirla con otros, especialmente si escuchamos algo que no es cierto, y tratar a las personas con enfermedad mental con respeto y dignidad, como lo haríamos con cualquier otro ser humano. También, respetar los derechos de la gente con enfermedades mentales y no discriminarla en cuanto a vivienda, trabajo o educación. El apoyo social se asocia de manera positiva a la recuperación de las enfermedades crónicas. Recientes estudios e investigaciones sugieren que el factor de mayor importancia para potenciar la recuperación es el apoyo a la gente con enfermedad mental por parte de las personas de su entorno familiar y social (Rossler, 2006).

Mito 3. Las personas con enfermedades mentales son violentas e impredecibles

La gran mayoría de la gente con este tipo de padecimientos no es más violenta que cualquier otra persona. En este sentido, la asociación entre violencia y enfermedad mental está fuertemente arraigada entre la población general y es, en mi opinión, uno de los grandes mitos. La idea de que las personas con enfermedades mentales graves, especialmente las personas que padecen esquizofrenia, son más violentas que la población “normal” es bastante común entre una parte significativa de la población (Uriarte, 2005). Pero, ¿cuál es la realidad? ¿Las personas con enfermedad mental son más violentas que la población general? Los datos que pueden encontrarse en los estudios y las investigaciones al respecto resultan ser, en muchos casos, contradictorios.

En primer lugar, encontramos algunos trabajos de investigación que niegan que la enfermedad mental genere una tendencia a la violencia y el crimen. Dos estudios al respecto (Modestin y Ammann, 1995; Taylor y Gunn, 1990) concluyen que el alcoholismo y el abuso de drogas contribuyen significativamente a la conducta violenta, independientemente del sexo, la edad, o la escolaridad, entre otros factores demográficos, pero las enfermedades mentales, como la esquizofrenia, no contribuyen a una conducta violenta.

Por otra parte, más numerosas son las investigaciones que arriban a la conclusión contraria, afirmando que la enfermedad mental sí es una variable relacionada con la violencia. De acuerdo con autores de estos estudios (Monahan, 1992; Mulvey, 1994; Walsh, Buchanan y Fahy, 2000), sus investigaciones muestran en forma consistente que la enfermedad mental es un factor de riesgo, aunque hasta cierto punto moderado, para la conducta violenta.

Cabe destacar que la mayoría de estas investigaciones presentan ciertas limitaciones metodológicas, sesgos o errores en sus métodos de investigación; las muestras en los estudios usualmente son de personas que han cometido algún crimen o de pacientes en hospitales psiquiátricos. Lo cual, evidentemente, no representa al conjunto ni a la mayoría de las personas con enfermedad mental. Hay pocas excepciones a estos errores en los métodos de investigación; de acuerdo con un estudio (Swanson, Holzer, Ganju *et al.*, 1990), el principal factor de predicción de conductas violentas sería el diagnóstico de uso de alcohol y drogas, no la esquizofrenia, aunque la presencia de ambos diagnósticos, de esquizofrenia y uso de este tipo de sustancias, incrementaría las probabilidades de comportarse de manera violenta.

En nuestra práctica médica cotidiana encontramos con bastante frecuencia que las personas con diagnóstico dual, es decir, enfermedades mentales graves e historia de uso de sustancias como alcohol y otras drogas, al dejar el tratamiento los síntomas de su enfermedad mental se “reactivan” fácilmente, incrementado así el riesgo de conductas violentas. Incluso es posible establecer una especie de regla, por supuesto, con sus excepciones, mediante la cual el diagnóstico de una enfermedad mental grave, como la esquizofrenia, por ejemplo, más el abandono del tratamiento, más el abuso del alcohol y otras drogas, equivalen a mayores probabilidades de conducta violenta.

Los estudios realizados en México sobre la esquizofrenia como una enfermedad mental asociada con la violencia muestran hallazgos muy similares a los estudios en otros países. Un estudio mostró que los pacientes violentos fueron más jóvenes, desempleados, sin pareja, con un mayor número de hospitalizaciones psiquiátricas y abuso de alcohol (Fresan, De la Fuente, Juárez *et al.*, 2005). Esta investigación realizada en nuestro país no encontró una mayor frecuencia de conductas violentas entre los hombres con esquizofrenia en comparación con las mujeres que la padecen.

Sin duda, el vínculo entre enfermedad mental y violencia es complejo. Pero una asociación entre dos factores no debe confundirse con una relación directa, de causa y efecto; padecer una enfermedad mental no convierte a la persona, de manera directa, en un ser violento o peligroso. Si bien, los resultados de varios estudios coinciden en la existencia de una relación entre enfermedad mental y violencia, el significado de la relación se invierte en el sentido de que las personas con enfermedad mental son más bien víctimas de la violencia que agentes de la misma (Hiday, Swanson, Swartz *et al.*, 2001; Teasdale, 2009).

Los autores de otras investigaciones al respecto (Choe, Teplin y Abram, 2008), señalan que si bien existe un ligero incremento de los índices de violencia en personas con enfermedad mental, los índices de victimización son más altos que en el resto de la población. Teniendo en cuenta que “violencia engendra violencia”, un historial de victimización incrementaría las probabilidades de conducta

violenta. Esta circunstancia bien podría explicar los mayores índices de violencia en las personas con enfermedad mental (Hiday, Swanson, Swartz *et al.*, 2001).

A esta misma conclusión arriban otros autores: si bien la incidencia de violencia es mayor entre las personas con enfermedad mental, esto sucedería porque en este grupo de la población confluyen con mayor frecuencia otros factores, como el abuso de alcohol y otras drogas, la historia de victimización, el desempleo y otras condiciones precarias de vida (Elbogen y Johnson, 2009). Es decir que la mencionada asociación entre la enfermedad mental y la conducta violenta sería debida a la intervención de otros factores que afectan la vida de estas personas con mayor frecuencia que a la mayoría de la población.

Gran parte del interés por la relación entre enfermedad mental y violencia surge de las preocupaciones por la seguridad pública, pero el tema también es relevante para la calidad de vida y el bienestar de las personas con enfermedad mental y de su entorno, por las consecuencias para los enfermos, como las demandas judiciales, la cárcel, el rechazo de la familia o de la comunidad.

En nuestro país, el Código Penal establece que una persona que comete un delito debe ser sancionada o castigada por el Estado, y para ello se requiere la comprobación de su culpabilidad. Si una persona carece de la madurez y las facultades psíquicas o mentales necesarias para reconocer el delito, no es considerada culpable y será declarada inimputable, es decir, no puede ser declarada culpable ni ser responsable penalmente de sus actos. Esto es una excluyente de responsabilidad del delito, lo que corresponde al caso de algunas enfermedades mentales (Fresan, Tejero, Apiquian *et al.*, 2002).

Finalmente, aunque los resultados de los estudios son variables y contradictorios, lo cierto es que existe una asociación modesta pero real entre enfermedad mental y conducta violenta. Algunas personas con enfermedad mental grave pueden ser violentas y serlo además de forma impredecible y desconcertante, sin motivación aparente. Sobre todo, como ya se mencionó, si abusan del alcohol o de otras drogas y dejan de tomar el tratamiento psiquiátrico, lo que sucede con mucha frecuencia y suele ser la regla, más que la excepción.

El riesgo de conducta violenta puede establecerse atendiendo a los síntomas psiquiátricos agudos de psicosis, como las ideas delirantes de tipo paranoide o delirio de persecución, de daño o perjuicio, o las alucinaciones auditivas, en las que el paciente escucha “una voz” que le dice o le ordena lo que debe o tiene que hacer para evitar ser “dañado” por tal o cual persona, casi siempre un familiar. Sin embargo, esta situación, real en los hechos, se extiende de forma injustificada y generalizada como si fuera un rasgo propio de la enfermedad mental.

La mayoría de los delitos cometidos por personas con enfermedad mental consisten en delitos menores, contra los bienes o la propiedad. Estos delitos no responden a los mismos motivos ni tienen como objeto las mismas víctimas que los realizados por las personas sin enfermedad mental. Si una persona con

enfermedad mental nunca ha mostrado una conducta violenta, ni aun durante episodios agudos de su padecimiento, es poco probable que se comporte en forma violenta.

La idea de que las personas con esquizofrenia son más violentas y que la cárcel es el lugar donde deberían estar, es un mito. No deberían estar en la cárcel, ya que podrían empeorar si se les castiga o encierra injustificadamente. La respuesta no está en un mayor control sino en mejores tratamientos, más accesibles y acordes con las necesidades de los pacientes. Es un error creer que la erradicación de las conductas violentas protagonizadas por personas con enfermedades mentales puede erradicarse, en la misma medida que lo es el pensar que la violencia en general puede serlo. El abuso del alcohol y otras drogas es un determinante fundamental de la conducta violenta, ya sea en presencia o ausencia de una enfermedad mental.

Mito 4. No todos podemos ser susceptibles de padecer enfermedad mental

Las enfermedades mentales son bastante comunes y afectan a casi todas las personas independientemente de la edad, sexo, raza, religión, educación o situación económica. Este tipo de padecimientos afectan a la sociedad en su conjunto y no sólo a un segmento limitado. En términos generales, no existe un grupo de seres humanos inmune a estas afecciones; sin embargo, el riesgo es mayor en los pobres, las personas sin hogar o en situación de calle, los desempleados, en las personas con bajo nivel de escolaridad, las víctimas de la violencia, los migrantes, las mujeres maltratadas y los ancianos abandonados (OMS, 2004).

En México, de acuerdo a edad y sexo, existe una mayor o menor frecuencia de ciertas enfermedades mentales. La esquizofrenia afecta a ambos sexos por igual, pero en los hombres inicia entre los 15 y los 20 años y en la mujeres entre los 20 y los 25 años de edad. La depresión afecta a 2% de niños y adolescentes de hasta 18 años (Benjet, Borges, Medina *et al.*, 2004) y a 4.5% de la población adulta; 5.8% de las mujeres y 2.5% de los hombres, su frecuencia se incrementa con la edad y en los hombres es más frecuente en las áreas rurales que en las zonas urbanas, tal vez por el acceso mínimo a la atención especializada en salud mental, que suele ser menor entre las personas que residen en las zonas rurales de nuestro país (Bello, Puentes, Medina *et al.*, 2005).

Mito 5. Las enfermedades mentales aparecen como consecuencia de la debilidad del carácter

En nuestra experiencia, éste es un mito frecuente. Cuando una persona padece depresión la pregunta común que suele hacer es “¿Qué fue lo que hice mal? ¿Es falta de voluntad o de fortaleza?”, o bien, los padres preguntan “¿Hicimos algo

mal para que nuestro hijo enfermara de esquizofrenia?”. No es fácil responder a estos cuestionamientos, pero debemos hacerlo y hacerlo con información sencilla y adecuada, según el nivel y el contexto cultural del paciente y de sus familiares.

La información acerca de los descubrimientos científicos en torno a las bases biológicas de las enfermedades mentales me ha sido de gran ayuda para que los familiares del paciente con esquizofrenia superen los sentimientos de culpa, generados ante la duda de si el estilo de crianza de su hijo tuvo algo que ver en la enfermedad que padece.

En los casos de personas que sufren depresión, la información acerca de su desorden emocional no como resultado de una falta de voluntad o de carácter, sino como una alteración química del cerebro, asociada a la respuesta favorable al tratamiento con fármacos antidepresivos, funciona y suele ser de gran ayuda para que mejore su estado de ánimo y aumente su devaluada autoestima.

Lo que se pretende demostrar con estos dos sencillos ejemplos es que debemos buscar la forma de informar y explicar a la gente que las enfermedades mentales no son culpa de nadie, ni son causadas por tener o ser malos padres o por ser “débil de carácter”. Las enfermedades mentales son problemas de salud muy complejos, surgen de la interacción de múltiples causas, muchas de las cuales aún no comprendemos del todo.

Las causas incluyen factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan entre sí e influyen unos en otros, y los efectos de sus interacciones combinadas afectan al cerebro, a la mente, y se expresan a través de estados emocionales y conductas anormales que en psiquiatría identificamos como los signos y síntomas de diversos tipos de enfermedades mentales. De manera muy simple consideremos entre los factores biológicos al cerebro, que funciona como una moderna computadora, procesando una enorme cantidad de información a través de la comunicación química de las células que lo componen, llamadas neuronas. Del funcionamiento del cerebro resulta la mente, es decir, el aparato psicológico, fuente de ideas, pensamientos y emociones.

Y se agrega la cuestión social a través de nuestra relación con el entorno en general y con nuestros semejantes en particular, desde la relación con la familia y la sociedad en los distintos contextos culturales donde se lleva a cabo. Como se describió en el caso de la depresión de M, el hecho de que su madre también sufriera depresión aporta el factor biológico y la posibilidad de “heredar” el riesgo de enfermar de depresión. Sin olvidar la posibilidad de que en la interacción social madre-hija, M “aprendiera” el estilo depresivo de la madre como una forma de enfrentar problemas de la vida, como la separación de sus padres. Para M, la actitud de su madre tuvo un efecto dramático a lo largo de su vida, la hacía tener una respuesta “depresiva” ante una situación de separación o de pérdida.

Mito 6. La gente con enfermedades mentales no puede tolerar el estrés de tener un empleo

En esencia todos los empleos son una fuente de estrés hasta cierto punto. La productividad se maximiza cuando hay una buena combinación entre las necesidades del empleado y las condiciones de trabajo, padezca o no una enfermedad mental. Como regla general, las personas con enfermedad mental y cuadros de discapacidad manifiestan en su grupo social o cultural las mismas aspiraciones vitales que las personas sin enfermedad mental. Indudablemente, entre sus expectativas de vida se encuentra conseguir un empleo, y la rehabilitación laboral constituye un elemento clave de la rehabilitación psiquiátrica (Rossler, 2006).

En este sentido, el trabajo no sólo mejora la actividad y los contactos sociales. También produce beneficios en áreas personales relacionadas, como la autoestima y la calidad de vida, dado que el trabajo, así como el mantenimiento de un empleo, representan un avance desde las situaciones de dependencia hacia las de integración en la sociedad. Por supuesto, la integración en el mercado laboral de las personas con enfermedad mental no depende únicamente de su capacidad para desempeñar una labor, ni de la provisión de una formación laboral sofisticada que aplique técnicas de apoyo, sino también de la voluntad de la sociedad para integrar a sus miembros con discapacidad a una vida normalizada, independiente y autónoma por propio derecho.

Mito 7. Una vez que la gente sufre de una enfermedad mental nunca se recupera.

Aunque no existe en la actualidad una verdadera cura para la mayoría de las personas que padecen una enfermedad mental, diversos tratamientos farmacológicos, psicológicos y sociales permiten un control significativo de los síntomas y una mejor calidad de vida para el paciente y sus familiares. Los datos actuales y la evidencia disponible demuestran que la mayoría de las personas que padecen una enfermedad mental mejoran y muchos de ellos se recuperan, a tal grado que son capaces de vivir en su comunidad y participar en la planificación de su tratamiento.

De acuerdo con los resultados de diversos estudios, las intervenciones para tratar las enfermedades mentales están disponibles, son efectivas y también son accesibles económicamente. Además del tratamiento psiquiátrico, el apoyo social y familiar es fundamental en la recuperación de las personas con enfermedad mental. La película *Una mente brillante* narra la vida de John Forbes Nash, un matemático estadounidense que en 1994 ganó el Premio Nobel.

Nash estuvo gravemente enfermo de esquizofrenia, si bien con el tiempo se recuperó y mostró una marcada mejoría al tratamiento psiquiátrico, con elec-

trochoques incluidos, pero también gracias al apoyo y el cariño de su esposa. Por consiguiente, se puede afirmar que no obstante que las intervenciones psiquiátricas actuales no eliminan completamente la discapacidad asociada a la enfermedad mental, ellas superan en mucho la opción de no recibir tratamiento, la que desafortunadamente sucede con mucha frecuencia. De todas las personas afectadas, una gran proporción no recibe atención médica debido, en parte, a las limitaciones que existen en los servicios de salud mental.

La demanda de atención es muy grande y existe un número reducido de especialistas y de personal de salud mental. En México hay tan sólo 2.7 psiquiatras por cada 100 mil habitantes (WHO, 2005). En otros casos y por diversidad de razones, como no saber dónde buscar atención, por desinformación o desconocimiento de la enfermedad mental, el tiempo que tarda un paciente con esquizofrenia en recibir atención y servicios de salud mental puede ser de hasta dos años, lo que complica la evolución de la enfermedad mental al no ser atendida oportunamente (Valencia, 2007). De acuerdo con los resultados de la Encuesta Psiquiátrica, en nuestro país del 28.6% de la población que presentó un trastorno mental alguna vez en su vida, sólo uno de cada 10 recibió atención médica especializada (Medina, Borges, Lara *et al.*, 2003).

Mito 8. Los niños no sufren enfermedades mentales, sus acciones son tan sólo el producto de una mala educación en casa

En psiquiatría, la infancia se considera como un periodo de vulnerabilidad y desarrollo progresivo hacia la personalidad y el carácter del adulto. La niñez es una fase crítica en la que entran en juego los factores biológicos y sociales que intervienen en el desarrollo de la mente y el cerebro. Las enfermedades mentales que inician en la infancia son objeto de creciente atención por ser procesos graves pero tratables y precursores de la enfermedad mental del adulto. El comienzo temprano de las enfermedades mentales durante el desarrollo genera condiciones asociadas durante toda la vida.

En nuestro país, con poco más de 40% de la población menor de 18 años, un estudio realizado en la ciudad de México entre niños y adolescente de 4 a 16 años estimó que 16% podrían tener algún tipo de enfermedad mental; la mitad de ellos presentó algún síntoma, pero la necesidad de atención se consideró únicamente para 25% de estos, mientras que la búsqueda de atención sólo se reportó para 13% de los niños y adolescentes, de acuerdo con lo reportes de la madre o el padre entrevistado (Caraveo, Colmenares y Martínez, 2002).

En otro estudio se encontró que 2% de niños y adolescentes mexicanos, lo que equivale a dos millones de personas, han padecido un episodio depresivo, durante el cual generalmente no reciben ningún tipo de atención o tratamiento (Benjet, Borges, Medina *et al.*, 2004). Las consecuencias en la vida adulta pueden

ser enormes si no se proveen intervenciones efectivas en los niños con problemas de conducta, que generan costos adicionales en las edades de 10 a 27 años. Estos costos no sólo se relacionan con la salud, como sería de esperar, sino también con los sistemas de educación y justicia, lo cual crea riesgos al capital social de todos los países (OMS, 2004).

Mito 9. Los niños se comportan mal o fallan en la escuela para atraer la atención

Todos los niños son diferentes y se desarrollan a un ritmo distinto. En el terreno del aprendizaje escolar, que es donde el niño se enfrenta a un sistema que mide su rendimiento, es más probable que cualquier desajuste sea evidente. Los problemas de conducta pueden ser manifestaciones de una enfermedad mental, en lugar de simples formas de llamar la atención.

El llamado mal comportamiento y la falta de aprovechamiento en la escuela pueden ser consecuencia de maltrato infantil, desintegración familiar, reflejo de la enfermedad mental de alguno de los padres, o bien, la manifestación inusual o atípica de síntomas depresivos, o la expresión sintomática de uno de los trastornos más frecuentes en la infancia, conocido comúnmente como “hiperactividad”.

Los niños que padecen trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentan un patrón persistente de falta de atención, impulsividad o hiperactividad, presente por al menos seis meses en forma más frecuente y común de lo que se observa en niños de sexo y edad similar (Ruiz, Gutiérrez, Garza *et al.*, 2005). Esta conducta suele tener un impacto negativo en el funcionamiento del individuo en ambientes como la escuela, el hogar o en la convivencia con los amigos. Por lo tanto, no es de extrañar que el trastorno se detecte alrededor de los seis o siete años de edad.

La falta de atención es la incapacidad, conforme a la edad, que tiene un individuo para concentrarse por el tiempo suficiente para terminar una actividad que requiera de un esfuerzo mental sostenido o para lograr el aprendizaje. Los pacientes tienen dificultad, por ejemplo, para poner atención a los detalles, para mantener su atención y terminar juegos o tareas asignadas. La hiperactividad es una actividad motora exagerada que parece conducir a un fin sin lograr alcanzarlo. Los pacientes tienen dificultad para mantenerse quietos y cambian frecuentemente de posición, brincan, trepan, mueven continuamente las manos y los pies y parece que no van a parar nunca. La impulsividad implica la dificultad que tienen los pacientes para lograr el autocontrol que les permita respetar el espacio y las actividades de quienes los rodean (Ruiz, Gutiérrez, Garza *et al.*, 2005).

Este trastorno se identificó por primera vez a comienzos del siglo xx, cuando los niños afectados por una infección viral en el cerebro desarrollaron síntomas de hiperactividad, impulsividad y problemas de atención (Popper y West,

2001). Aunque actualmente se considera que el padecimiento afecta a personas de cualquier edad, la mayor parte de las investigaciones se han centrado en niños y adolescentes. Como sucede en la mayoría de las enfermedades mentales, aunque se sospecha de un factor biológico como causa del déficit de atención, no existe ninguna evidencia de algún tipo de alteración del cerebro relacionada directamente con este padecimiento.

El diagnóstico se realiza confirmando la presencia del síndrome o patrón de signos y síntomas, en ausencia de algún tipo de disfunción de los sentidos, como sordera, problemas de la vista o alguna otra enfermedad médica como la epilepsia. En este sentido, tampoco es de extrañar que un sector importante de la sociedad, incluyendo a la comunidad médica, no considere el déficit de atención como un padecimiento genuino sino más bien tan sólo como un mito más creado por los psiquiatras en complicidad con la industria farmacéutica, toda vez que “la industria de la psiquiatría está virtualmente poseída por la Gran Farma, para dar por lo menos una droga ... a cada niño, adolescente y adulto” (Fernández, 2009).

Esto no significa que no hay niños y adolescentes hiperactivos y con trastornos de la atención. En México es la primera causa de consulta en los centros de atención psiquiátrica infantil (Ruiz, Gutiérrez, Garza *et al.*, 2005), y junto a los síntomas depresivos, los síntomas sugestivos de un trastorno por déficit de atención e hiperactividad fueron los más frecuentes en un estudio realizado en niños y adolescentes en la ciudad de México (Caraveo, 2007).

Además de las críticas acerca de la falta de pruebas para detectar algún tipo de anomalía o disfunción, física o química, como la causa del trastorno, las críticas se han centrado sobre todo en el tratamiento de este trastorno, toda vez que el medicamento más estudiado, utilizado y que ha demostrado mayor eficacia, el *metilfenidato* (Barragán, De la Peña, Ortiz *et al.*, 2007), pertenece al grupo de los fármacos estimulantes del sistema nervioso. En este mismo grupo se incluyen la cocaína y las anfetaminas, sustancias químicas con una elevada probabilidad de crear adicción y que en la actualidad son de uso muy común como “drogas recreativas”.

Uno de los temas que más controversia han provocado es el de la posibilidad de volverse “adicto” al metilfenidato. De acuerdo con diversos estudios, no hay riesgo de abuso de este medicamento si se usa en un contexto de tratamiento médico, a diferencia del contexto “recreacional” en el que se usan otros estimulantes del sistema nervioso. Estudios a largo plazo demuestran que pacientes con hiperactividad y falta de atención en tratamiento con metilfenidato, corren menor riesgo de consumir drogas que los pacientes que no reciben tratamiento (Ulloa, Arroyo, Ávila *et al.*, 2005). Desafortunadamente, estos estudios no se han realizado en nuestro país, por lo que la extrapolación de sus resultados en muestras de pacientes mexicanos es hasta cierto punto cuestionable.

Finalmente, se considera que centrar las críticas en el tratamiento farmacológico es ignorar la evidencia médica disponible, la cual confirma que el trata-

miento para el trastorno de atención es primordialmente farmacológico (Ulloa, Arroyo, Ávila *et al.*, 2005), pero no es la única opción de tratamiento. De hecho, un grupo de expertos en el tema señala que utilizar el medicamento como única forma de tratamiento puede resultar incompleto, se debe incluir el contexto social del paciente y programas individualizados de tratamiento (Barragán, De la Peña, Ortiz *et al.*, 2007).

Mito 10. Las enfermedades mentales son un castigo divino, una posesión diabólica o por falta de fe

En el mundo actual, mucha gente aún considera que el origen de la enfermedad mental se relaciona con estados de posesión por espíritus malignos o por un castigo divino y buscan la ayuda de curanderos o ministros religiosos, demorando el inicio o la continuidad del tratamiento psiquiátrico. El mito ancestral de que la enfermedad mental es cosa de brujería o a causa de una posesión diabólica está influido por la creencia en los fenómenos sobrenaturales. Como una de las funciones del mito es otorgar un respaldo narrativo a las creencias fundamentales de la comunidad (Lévi-Strauss, 1989), desde la antigüedad, la enfermedad mental se atribuye a fuerzas ocultas que “enloquecen” a la gente, ya sea la posesión demoníaca, o prácticas relacionadas con la brujería. Cristalizada la creencia en la brujería se creó todo un sistema para combatirla y así mantener el orden establecido. Este hecho dio paso a la creación, en el siglo XIII, de un tribunal general, conocido como Santa Inquisición, para combatir la herejía, es decir, para combatir a todo lo que era contrario a la fe católica. Muchas de las personas condenadas por la Inquisición por tener pacto con el diablo y practicar la brujería padecían trastornos mentales, como epilepsia, pero como decían blasfemias y cosas heréticas fueron condenadas a la hoguera y no siempre se les examinó médicamente, y cuando se hizo esto, su trastorno no fue atenuante para su condena pues los propios jueces temían ser acusados de tener pacto con el diablo (Salín-Pascual, 2003: 29-31).

Por otra parte, el uso de instancias asistenciales y de tratamientos diferentes de los oficialmente reconocidos, como acudir con curanderos y sanadores en busca de ayuda, ha demostrado su vigencia a lo largo del tiempo (Medina, Berenzon, López *et al.*, 1997). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), 15% a 20% de la población mexicana ha utilizado alguna vez las medicinas alternativas o complementarias (OMS, 2002; OPS, 1999). Los datos de la Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica, realizada en México en 2002, señalan que 6.5% de la población utilizó algún tipo de medicina alternativa en los 12 meses previos al estudio.

En este sentido, la medicina alternativa o complementaria “es el conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos, médicos y de atención a la salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional”. Cuando se usan

solas suelen llamarse “alternativas”, cuando se usan junto con la medicina convencional suelen llamarse “complementarias” (OMS, 2002). Los datos de varios estudios realizados en nuestro país muestran un incremento en la aceptación y la demanda social de los servicios alternativos. Por ejemplo, los resultados de una encuesta en una población de escasos recursos mostraron que una quinta parte de las personas con enfermedad mental, principalmente depresión y ansiedad, recurrió a un ministro de su religión y uno de cada 10 a un curandero (Medina, Berenzon, López *et al.*, 1997).

Entre los principales motivos por los que se recurre a terapeutas tradicionales o curanderos se encuentran los problemas amorosos, conflictos familiares, apuros económicos, estrés, tensión, nervios y angustias espirituales. Si bien estos motivos no pueden considerarse estrictamente como enfermedades, todos son problemas de salud que se manifiestan como padecimientos y solamente algunos pueden considerarse en la categoría médica de enfermedades. En un estudio más reciente acerca del uso de las terapias alternativas en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad (Berenzon, Alanís y Saavedra, 2009), 28% recurrieron a los sistemas alternativos alguna vez en la vida ante un malestar emocional. Respecto a las medicinas alternativas o complementarias, destaca la visita al consejero espiritual, como el sacerdote, el pastor o el rabino (11%), y la asistencia a grupos de autoayuda como Alcohólicos o Neuróticos Anónimos (10%), y que el uso de terapias alternativas fue más frecuente entre las mujeres.

En este último estudio fue posible explorar las prácticas de salud llevadas a cabo por el individuo que corresponden al ambiente de lo cotidiano y que pocas veces son contempladas en estudios sobre el uso de servicios. Lo anterior sugiere que esta clase de prácticas podrían ser consideradas como un componente significativo para la atención en salud mental y, por lo tanto, deberán ser tomadas en serio y exploradas con mayor detenimiento (Berenzon, Alanís y Saavedra, 2009). Aunque en muchas ocasiones ante la percepción de un malestar o padecimiento emocional la medicina alternativa o complementaria para la atención de la salud mental resulta ser una opción válida, en mi opinión, nunca debe faltar la consulta y la atención médica.

Mito 11. Las enfermedades mentales son contagiosas

Los padecimientos mentales no son contagiosos. A pesar de ello, esta opinión está muy extendida entre la mayoría de la gente, provocando que la gente evite el contacto con las personas con enfermedad mental, lo que reduce sus posibilidades de vivir como cualquier otra persona en la comunidad. En medicina, las llamadas enfermedades contagiosas son problemas de salud causados por diversos tipos de microorganismos patógenos, es decir, capaces de producir enfermedades, como los virus y las bacterias. Por ejemplo, los virus causan enfermedades como la in-

gripe, la hepatitis y el sida, mientras que las bacterias producen enfermedades como la tuberculosis. En estos casos, las personas se infectan al entrar en contacto con otra persona enferma a través de fluidos corporales como la saliva, la sangre o el semen contaminados con el virus o la bacteria en cuestión.

Esta forma de patogénesis, es decir, del origen y forma de desarrollo de una enfermedad, es el patrón típico de las enfermedades contagiosas, de causa y efecto directo, en las que un agente patógeno determinado causa una enfermedad específica. Esto no aplica en el caso de las enfermedades mentales, las cuales no son contagiosas y por lo tanto no existe razón alguna para evitar el contacto con personas que las padecen, ya que hasta la fecha no se ha identificado ningún tipo de microorganismo que sea la causa de alguna enfermedad mental.

Mito 12. Las personas con enfermedades mentales son incapaces de decidir acerca de su tratamiento

En muchas circunstancias estas personas pueden participar en la planificación de su tratamiento y tomar decisiones al respecto. En este sentido, la capacidad mental es fundamental para los debates éticos y legales sobre el uso de la coacción o la fuerza con que se obliga a una persona que padece una enfermedad mental a aceptar el tratamiento psiquiátrico.

En la actualidad, las personas que padecen enfermedades mentales y sus cuidadores prefieren considerarse a sí mismos como consumidores de los servicios de salud mental. Un abordaje de defensa del consumidor permite adoptar la perspectiva de las personas afectadas y una seria consideración de las acciones que pueden ser de mayor beneficio para ellas. En este contexto, los psiquiatras deben reconocer que el desacuerdo entre ellos y los pacientes en cuanto a la enfermedad y su tratamiento no siempre es el resultado de la patología mental (Rossler, 2006: 152).

Cuando una persona con enfermedad mental rechaza un tratamiento que el médico recomienda, ¿cómo equilibrar los dos principios éticos en medicina: el beneficio del paciente y el respeto por la autonomía del individuo? A medida que las personas con problemas de salud mental y sus cuidadores se han vuelto consumidores más informados, con un interés activo en conocer todo lo relacionado con las enfermedades mentales y en la elección del tratamiento, esto ha dado paso a la expectativa de que la persona enferma conozca mejor lo que le gustaría hacer respecto a su salud.

En un abordaje centrado en el consumidor, el concepto de consentimiento informado permite a la persona enferma, con la información apropiada, tomar sus propias decisiones. Los elementos que comúnmente debe contener el documento de consentimiento informado son: diagnóstico de la enfermedad, el propósito del tratamiento, los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto, alternativas

al tratamiento con sus riesgos y beneficios, y riesgos y beneficios de no recibir el tratamiento (Pinals, 2009).

Por otra parte, el consentimiento informado incluye tres aspectos: voluntariedad, información y capacidad o competencia. La voluntariedad implica que la persona enferma debe tomar decisiones relacionadas con el tratamiento de acuerdo con su libre voluntad y no a la fuerza. Información significa que una persona necesita ciertos datos para tomar una decisión racional de aceptación o de rechazo del tratamiento. En cuanto a la capacidad o competencia, en muchas partes los médicos optan por el concepto de “capacidad” en vez de “competencia” debido a que éste último es un término legal que puede ser determinado sólo por un juez. Cuando una persona es considerada incompetente, su derecho a tomar decisiones autónomas puede ser anulado.

Los niños no son competentes en razón de su estatus de menores, aunque puede haber excepciones para algunos jóvenes mayores. Los adultos son presumiblemente competentes a menos de que sean declarados de otra forma. Las personas adultas con psicosis no siempre son incompetentes, una revisión de la literatura al respecto (Okai, Owen, McGuire *et al.*, 2007) demostró que es posible evaluar, en forma válida y confiable, la capacidad mental de los pacientes psiquiátricos. El diagnóstico de psicosis, la severidad de los síntomas, la hospitalización involuntaria y el rechazo del tratamiento fueron considerados los principales factores de riesgo al momento de determinar la incapacidad de una persona con enfermedad mental para tomar decisiones sobre su tratamiento. Si éste fuere el caso, el familiar o responsable legal puede ser quien tome las decisiones al respecto.

Mito 13. Los medicamentos para el tratamiento de las enfermedades mentales causan adicción

Debidamente prescritos y utilizados, los medicamentos psiquiátricos en general no son adictivos ni alteran la personalidad del individuo; no obstante, hay excepciones. En particular, con los medicamentos para el tratamiento de los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, como el metilfenidato, y con los medicamentos para el tratamiento de la ansiedad, como el diazepam y sus derivados. En ambos casos, aun a dosis terapéuticas y adecuadas para el tratamiento de estos padecimientos, estos.

Como ya se comentó, en el tratamiento del trastorno de atención con hiperactividad, uno de los temas más controversiales es la posibilidad de volverse “adicto” al metilfenidato. De acuerdo con varios estudios, este medicamento no tiene posibilidades de abuso siempre que se utilice adecuadamente, es decir, en un contexto de tratamiento médico, que es la forma en la que se administra, en contraste del contexto “recreacional” en que se abusa de sustancias estimulantes del sistema nervioso central, como la cocaína.

Respecto a los medicamentos para el tratamiento de la ansiedad, como el diazepam, estos fármacos pertenecen al grupo de medicamentos psiquiátricos denominados benzodiacepinas. Desde 1959, más de tres mil sustancias químicas de este tipo han sido sintetizadas, 15 de ellas están disponibles en el mercado mexicano. Su utilidad para el control de la ansiedad es ampliamente reconocida, así como su potencial de abuso y adicción (Olivera, 2009). De todos los medicamentos psiquiátricos que existen hoy en día, las benzodiacepinas son los más ampliamente utilizados en todo el mundo.

Debido a su eficacia, su rápido inicio de acción en el control de los síntomas y un perfil de efectos secundarios bastante favorable, son muy útiles en los pacientes que requieren alivio inmediato, como en los casos de crisis de ansiedad o en los trastorno de pánico. Las guías de tratamiento sobre la prescripción de las benzodiacepinas recomiendan su uso para el alivio rápido de la ansiedad severa o el insomnio. De forma general, la duración total del tratamiento no debe ser mayor de 8 a 12 semanas, incluida su retirada paulatina. A pesar de este consejo, las benzodiacepinas son frecuentemente prescritas y consumidas por periodos mucho más prolongados (Ayuso, 2008).

El grupo de edad que con mayor frecuencia requiere de las benzodiacepinas por tiempo prolongado son las personas adultas mayores. En este grupo de edad, el dolor, la ansiedad y el insomnio suelen ser problemas crónicos, con muchos años de evolución, y el uso de este tipo de fármacos muestra un patrón de consumo diferente que en los adultos jóvenes, ya que su consumo no tiene un fin “recreacional” y los adultos mayores no lo adquieren de manera ilegal, es por prescripción médica y para el alivio de sus dolencias (Minaya, Ugalde y Fresan, 2009).

En síntesis, los medicamentos psiquiátricos no deben considerarse “píldoras de la felicidad” ni medicamentos que hacen sentirse a la gente “mejor que bien”. Tampoco deben confundirse con drogas “callejeras”. Prescritos y utilizados adecuadamente, no entorpecen la capacidad de juicio de la persona ni le dan una falsa sensación de superioridad. En la depresión, los fármacos antidepresivos ayudan a que el humor de las personas deprimidas sea más estable. En el trastorno bipolar, los estabilizadores del estado de ánimo reducen la severidad de los síntomas y previenen la aparición de nuevos ciclos de manía y depresión. En la esquizofrenia, los antipsicóticos ayudan al paciente a restablecer su contacto con la realidad y a mejorar su funcionamiento social y ocupacional. En todos estos casos, los medicamentos psiquiátricos funcionan de forma tan efectiva como la penicilina en las infecciones.

Comentarios finales

A lo largo de las páginas anteriores se expuso que en torno a las enfermedades mentales se ha creado una serie de ideas y creencias erróneas, es decir, mitos, como si fueran hechos comprobados, y a partir de éstos se intenta negar la existencia misma de la enfermedad mental. Sin embargo, las enfermedades mentales existen y no son padecimientos causados por una falta de voluntad ni por falta de fe o por un castigo divino. Los mitos acerca de las enfermedades mentales provienen del antiguo temor a este tipo de afecciones, del temor a su contagio y la posibilidad de padecerlas. En parte son consecuencia de una percepción distorsionada en cuanto a que no hemos identificado aún la causa o el origen de la enfermedad mental y que no existen los medios efectivos de prevención y tratamiento contra estas enfermedades.

También provienen, en su mayoría, de un escaso o nulo conocimiento acerca de este tipo de padecimientos. Quienes nos dedicamos a la atención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales queremos compartir que nos encontramos ante la presencia de problemas de salud reales, resultado de la interacción de diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, los que, al igual que las enfermedades del corazón o la diabetes, son de un curso de largo plazo, con una elevada frecuencia y causa de enorme dolor, sufrimiento y discapacidad. En la actualidad, existe una clara identificación de los signos y síntomas de la mayoría de las enfermedades mentales, y es posible atribuir gran parte de estas alteraciones a funciones anormales de la mente y el cerebro.

De esta forma, el mito de la enfermedad mental se ha visto descalificado hasta cierto punto por los crecientes avances en medicina y la demostración de varias alteraciones químicas en los pacientes. Baste mencionar que gracias a este conocimiento, la atención y el tratamiento de este tipo de padecimientos dieron un giro espectacular con la aparición de los medicamentos psiquiátricos y se logró el control de estas enfermedades a un nivel nunca antes visto, pues permiten la reintegración social de las personas enfermas a su familia y la comunidad.

Además, existe suficiente evidencia de cómo algunas experiencias traumáticas de la vida a edad temprana, son factores de riesgo específicos y predisponen a padecer una enfermedad mental. En este aspecto, la prevención y la promoción de la salud mental han demostrado que es posible influir sobre determinados factores de riesgo y protección, disminuir la aparición de nuevos casos y reducir la severidad de algunas enfermedades mentales. Promover sistemas de información adecuados a la población general, proponer la educación y la promoción de la salud mental en las escuelas y las universidades del país, no sólo activaría la prevención de estos padecimientos, también sería de gran ayuda para desenmascarar diversos mitos en torno a la enfermedad mental, así como para promover la

comprensión de que estas enfermedades son padecimientos auténticos, los cuales pueden ser diagnosticados y tratados eficazmente.

Sin embargo, aún no ha llegado la hora de cantar victoria en la lucha contra las enfermedades mentales. Si bien es cierto que estos padecimientos “salieron del clóset” y el esfuerzo por informar y difundir aspectos relevantes sobre este tipo de padecimientos es cada día más patente, los mitos y malentendidos en torno a estas enfermedades prevalecen. Por tal motivo, cabe destacar la importancia de informar y promover la salud mental con el fin de lograr una estabilidad física y emocional, para que el temor se convierta en seguridad y conocimiento ante los retos que implica enfrentarnos al dolor, el sufrimiento y la discapacidad mental, generando una cultura en la cual los mitos sean sustituidos por la realidad como una base sólida de un futuro proyectado a los más altos niveles de calidad y trato humano hacia las personas con enfermedad mental.

Glosario

Abuso de drogas: Problema de salud crónico caracterizado por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas o sustancias psicoactivas, a pesar de las consecuencias nocivas para la persona adicta y para los que la rodean.

Adicción: Estado físico y psicológico causado por la interacción entre un individuo y un fármaco o droga. Se caracteriza por la modificación del comportamiento o la conducta y un impulso incontrolable por consumir la droga a fin de experimentar sus efectos psicológicos o para evitar el malestar físico producido por dejar de consumir la droga.

Agitación: Incremento de la actividad física y psicológica, que se caracteriza por el aumento desproporcionado y desorganizado del movimiento del individuo. Puede manifestarse como una simple inquietud que hace caminar de un lado a otro, retorcerse las manos, o como incapacidad de permanecer sentado, hasta la agitación intensa con una conducta o comportamiento verbal y/o físico violento o autoagresivo.

Alucinación: Percepción de un estímulo que provoca la sensación convincente de ser real, pero que ocurre sin la estimulación del órgano de los sentidos correspondiente. Las alucinaciones deben distinguirse de las ilusiones, en las que el estímulo real es malinterpretado o interpretado erróneamente.

Aplanamiento afectivo: Reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional cuando se habla de temas con diversos significados emotivos. Es un estado emocional comúnmente asociado con la esquizofrenia u otros tipos de psicosis.

Conducta: Manera en la que las personas se comportan en su vida diaria. Por lo tanto, la palabra puede usarse como sinónimo de comportamiento. En este sentido, la

conducta se refiere a las acciones de las personas en relación con su entorno o con su mundo de estímulos tanto internos como externos. Es decir, la conducta es el conjunto de comportamientos observables en las personas.

Consentimiento informado: Procedimiento que implica la toma de decisiones voluntarias y competentes de parte del paciente y la información suficiente y de buena fe por parte del médico. Está diseñado para permitir a los usuarios de los servicios médicos tomar decisiones racionales acerca de su tratamiento antes de que éste empiece.

Crónico: En medicina, este término se refiere a enfermedades con una duración mayor a seis meses.

Deterioro: Daño progresivo, en mayor o menor grado, de las facultades físicas y mentales de una persona.

Diagnóstico: Es la conclusión a la que llega el médico tras el análisis y evaluación de los signos y síntomas del malestar que presenta una persona.

Discapacidad: Es toda limitación física o mental permanente o con más de seis meses de duración que le impide a la persona que la padece desarrollar sus capacidades de forma tal que se considera normal de un ser humano.

Discriminación: Trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada persona por motivos de raza, género, condición social, preferencia sexual o por su capacidad física o mental.

Droga: Cualquier sustancia química cuya administración modifica las funciones biológicas. Sus efectos pueden ser benignos o dañinos, o ambos, dependiendo de la cantidad o dosis que se administre. Se dice que una droga es *psicoactiva* cuando influye en las funciones mentales como la conducta, las emociones, la forma de pensar o de ver las cosas. Las drogas psicoactivas con potencial de abuso, como la nicotina, el alcohol, la cocaína, la marihuana, y algunos medicamentos psiquiátricos como el diazepam, entre otros, son sustancias cuyos efectos mentales generan suficiente placer como para inducir su uso, y abuso, sin un propósito curativo específico.

Efectos secundarios: Efectos colaterales no deseados que forman parte del efecto o la acción farmacológica de un medicamento, los cuales no se consideran como el objetivo principal del tratamiento de un determinado padecimiento.

Electrochoques: Estimulación eléctrica de las neuronas del sistema nervioso central. Consiste en la aplicación controlada y de duración limitada de pulsos breves de corriente eléctrica a través del cuero cabelludo. Es un método de tratamiento médico psiquiátrico, eficaz y seguro, para el manejo y tratamiento de padecimientos psiquiátricos graves como la depresión con riesgo suicida.

Empatía: Capacidad que tiene el ser humano de ponerse en el lugar de otra persona y compartir sus sentimientos o emociones.

Epidemiología: Rama de la medicina que estudia la distribución, la frecuencia y el control de los factores relacionados con la salud y la enfermedad de grupos humanos bien definidos.

- Epilepsia:** Enfermedad crónica caracterizada por la predisposición del cerebro para generar convulsiones recurrentes. Una convulsión es un evento súbito y de corta duración caracterizado por una anormal y excesiva actividad de las neuronas del cerebro.
- Estrés:** Condición de una persona que experimenta la exigencia de tener un rendimiento superior al normal. Pone a la persona en riesgo de padecer problemas de salud.
- Exaltación emocional:** Cambio del estado emocional que se caracteriza por sentimientos de euforia o excesiva alegría.
- Factores de protección:** En el campo de la salud mental, son diversos aspectos o características del ambiente familiar, social o de la persona misma, que la protegen contra el desarrollo de uno o varios padecimientos.
- Factores de riesgo:** Son las características sociales, culturales, de edad y sexo, provenientes del ambiente familiar, comunidad o del individuo, que pueden favorecer o aumentar la probabilidad de que la persona desarrolle algún padecimiento.
- Ideas delirantes:** Ideas falsas que resisten los argumentos lógicos o racionales, se mantienen con firmeza a pesar de las evidencias que las contradicen y del hecho de que otros miembros del grupo social y cultural del paciente no las comparten. Son frecuentes en las psicosis.
- Infectocontagiosas:** Calificativo de las enfermedades de fácil y rápida transmisión provocadas por agentes microorganismos patógenos, como los virus o las bacterias, los cuales al producir una enfermedad reciben el nombre de agente causal o etiológico.
- Irritabilidad:** Estado emocional que se caracteriza por la inclinación a experimentar ira o coraje de manera desproporcionada ante los estímulos internos o externos.
- Mente:** Producto de la actividad de las células que componen el cerebro, llamadas neuronas. Su funcionamiento es responsable del entendimiento, la capacidad de crear ideas y pensamientos, de razonar, de percibir estímulos y emociones, de la memoria, la imaginación y la voluntad.
- Pánico:** Sensación de miedo intenso que aparece de súbito sin razón evidente para la persona que la sufre o para los demás.
- Paranoide:** Tipo de conducta o comportamiento caracterizado por la sospecha y la desconfianza hacia los demás, motivado por la presencia de ideas de daño o perjuicio.
- Patogénesis:** Término que describe el origen y el desarrollo de una enfermedad a partir de todos los factores que están involucrados en ella.
- Patógeno:** Que produce enfermedad. Puede ser un agente biológico, como los virus y las bacterias, o el tipo de ambiente, como el ambiente social, laboral o familiar.
- Patología:** Parte de la medicina encargada del estudio de las enfermedades en su más amplio sentido, es decir, como estados anormales de causas conocidas o desconocidas. Otro sentido o significado del término es el que se refiere al conjunto de signos y síntomas de una enfermedad.
- Prevención:** En el campo de la salud, es el conjunto de acciones que permiten evitar la aparición de cualquier enfermedad, así como prepararse con anticipación contra los riesgos de adquirirla.

Promoción: Suma de las acciones de los distintos sectores de la población, las autoridades sanitarias y los prestadores de servicios de salud encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual o colectiva.

Sedación: Estado de calma o relajación inducido por medicamentos sedantes, con disminución del estado de conciencia, sin que se produzca una pérdida de la misma, pudiéndose despertar la persona con una llamada o un leve estímulo doloroso.

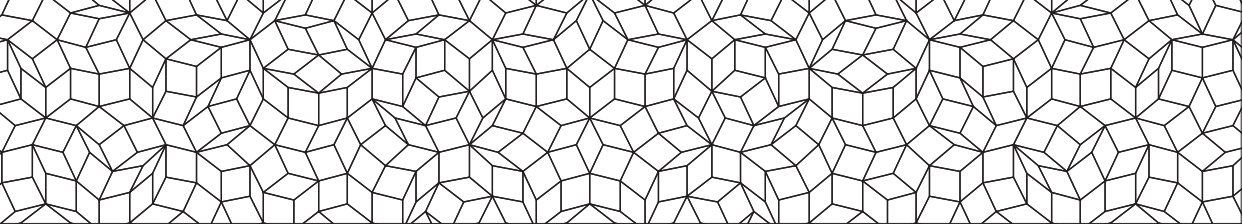
Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- ANDREASEN, NANCY. 2004. *Un cerebro feliz*. Barcelona: Ars Médica.
- ARREDONDO, ARMANDO. 2003. "Salud mental en México: esquizofrenia y depresión". *Revista de Investigación Clínica*, 55: 43-50.
- AYUSO, JOSÉ. 2008. "¿Está justificado el tratamiento prolongado con benzodiacepinas?". *Salud Mental*, 31: 429-430.
- BARRAGÁN, EDUARDO; DE LA PEÑA, FRANCISCO; ORTIZ, SILVIA, ET AL. 2007. "Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad". *Boletín Médico Hospital Infantil de México*, 64: 326-343.
- BELLO, MARIANA; PUENTES-ROSAS, ESTEBAN; MEDINA-MORA, MARÍA, ET AL. 2005. "Prevalencia y diagnóstico de la depresión en población adulta en México". *Salud Mental*, 47: 4-11.
- BENJET, CORINA; BORGES, GUILHERME; MEDINA-MORA, MARÍA, ET AL. 2004. "La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso y latencia para buscar tratamiento". *Salud Mental*, 46: 417-424.
- BERENZON, SHOSHANA; ALANÍS, SARAHÍ, Y SAAVEDRA, NAYELHI. 2009. "El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: Resultados de una encuesta en la Ciudad de México". *Salud Mental*, 32: 107-115.
- BERMEJO, JOSÉ. 2007. "Psiquiatría y lenguaje: Filosofía e historia de la enfermedad mental". *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 45: 193-210.
- CARAVEO, JORGE. 2007. "Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: Algoritmos para síndromes y su prevalencia en la ciudad de México". *Salud Mental*, 30: 48-55.
- CARAVEO, JORGE; COLMENARES, EDUARDO, Y MARTÍNEZ, NORA. 2002. "Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños de la ciudad de México". *Salud Mental*, 44: 492-498.

- CHOE, JEANNE; TEPLIN, LINDA, Y ABRAM, KAREN. 2008. "Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: Balancing Public Health Concerns". *Psychiatric Services*, 59: 153-164.
- CLARE, ANTHONY. 2003. "El problema del estigma y las actitudes sociales: psiquiatría y medios de comunicación", en M. G. Gelder, J. J. López-Ibor Jr. y N. Andreasen. (eds.), *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ars Médica, pp. 5-8.
- ELBOGEN, ERIC Y JOHNSON, SALLY. 2009. "The intricate link between violence and mental disorder. Results from National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions". *Archives of General Psychiatry*, 66: 152-161.
- FERNÁNDEZ, ROSSANA. 2009. "Impacto corporal de los medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los niños". *Revista Electrónica de Psicología*, 12: 54-73.
- FRESAN, ANA; DE LA FUENTE-SANDOVAL, CARLOS; JUÁREZ, FRANCISCO, ET AL. 2005. "Características sociodemográficas asociadas a la conducta violenta en la esquizofrenia". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33: 188-193.
- FRESAN, ANA; TEJERO, JOSUNE; APIQUIAN, ROGELIO, ET AL. 2002. "Aspectos penales y características clínicas de la criminalidad en la esquizofrenia". *Salud Mental*, 25: 72-78.
- FUENTE, RAMÓN DE LA; MEDINA-MORA, MARÍA, Y CARAVEO, JORGE. 1997. *La salud mental en México*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- GARCÍA, SARAH. 2002. "Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental". *Salud Pública de México*, 44: 289-296.
- GARCÍA, SARAH; DOMÍNGUEZ, MARIO; JIMÉNEZ, ALBERTO, ET AL. 2000. "Información y educación, base para la prevención". *Salud Mental*, 23: 29-37.
- GUTIÉRREZ-GARCÍA, ANA; CONTRERAS, CARLOS, Y OROZCO-RODRÍGUEZ, ROSSELLI. 2004. "El suicidio, conceptos actuales". *Salud Mental*, 29: 66-74.
- HIDAY, VIRGINIA; SWANSON, JEFFREY; SWARTZ, MARVIN, ET AL. 2001. "Victimization: a link between mental illness and violence?". *International Journal of Law and Psychiatry*, 24: 559-572.
- HOLLWEG, MARIO. 2001. "La psiquiatría transcultural en el ámbito latinoamericano". *Investigación en Salud*, 3: 6-12.
- KANDEL, ERICK. 1998. "A new intellectual framework for psychiatry". *American Journal of Psychiatry*, 155: 457-469.
- LARA, CARMEN; ROBLES, REBECA; OROZCO, RICARDO, ET AL. 2010. "Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México". *Salud Mental*, 33: 211-218, 301-308.
- LÉVI-STRAUSS, CLAUDE. 1989. *Mito y significado*. México: Alianza Editorial.
- MÁRQUEZ, MARÍA. 2010. "De las narrativas de la locura: ¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí?". *Periferia*, 12: 1-25.
- MEDINA, MARÍA; BERENZON, SHOSHANA; LÓPEZ ELSA, ET AL. 1997. "El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos". *Salud Mental*, 20: 32-38.

- MEDINA, MARÍA; BORGES, GUILHERME; LARA, CARMEN, *ET AL.* 2003. "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México". *Salud Mental*, 26: 1-16.
- MINAYA, OMAR; UGALDE, OSCAR, Y FRESAN, ANA. 2009. "Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodicepinas en adultos mayores". *Salud Mental*, 32: 405-411.
- MODESTIN, JIRI Y AMMAN, ROLAND. 1995. "Mental disorders and criminal behavior". *British Journal of Psychiatry*, 166: 667-675.
- MONAHAN, JOHN. 1992. "Mental disorder and violent behavior. Perceptions and evidence". *American Psychologist*, 47: 511-521.
- MULVEY, EDWARD. 1994. "Assessing the evidence of a link between mental illness and violence". *Hospital Community Psychiatry*, 45: 663-668.
- OKAI, DAVID; OWEN, GARETH; MCGUIRE, HUGH, *ET AL.* 2007. "Mental capacity in psychiatric patients". *British Journal of Psychiatry*, 191: 291-297.
- OLIVERA, MAURICIO. 2009. "Dependencia a benzodicepinas en un centro de atención primaria de salud: magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral". *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47: 132-137.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2001. *Informe mundial de la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS, pp. 4-6.
- . 2002. *Estrategia de la oms sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: OMS.
- . 2004. *Invertir en salud mental*. Ginebra: OMS, pp. 4-6.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). 1999. *Informe del grupo de trabajo OPS/OMS medicinas y terapias, complementarias y alternativas*. Washington: OMS.
- PINALS, DEBRA. 2009. "Consentimiento informado: ¿es competente su paciente para rechazar el tratamiento?". *Current Psychiatry* (en español), 3: 5-11.
- POPPER, CHARLES Y WEST, SCOTT. 2001. "Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia", en R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J.A. Talbott (dirs.), *DSM-IV. Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- RASCÓN, MARÍA; GUTIÉRREZ, MARÍA; VALENCIA, MARCELO, *ET AL.* 2004. "Percepción de los familiares del intento e ideación suicidas de pacientes con esquizofrenia". *Salud Mental*, 27: 44-52.
- ROSSLER, WULF. 2006. "Rehabilitación psiquiátrica hoy". *World Psychiatry* (en español), 4: 151-157.
- RUIZ, MATILDE; GUTIÉRREZ, JUVENAL; GARZA, SAÚL, *ET AL.* 2005. "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Actualidades diagnósticas y terapéuticas". *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 62: 145-152.
- SALÍN-PASCUAL, RAFAEL. 2003. *Reflexiones sobre la psiquiatría en el siglo XXI*. México: Edamex.
- SARTORIUS, NORMAN. 2007. "Stigma and mental health". *Lancet*, 370: 810-811.

- SPITZER, ROBERT; GIBBON, MIRIAM; SKODOL, ANDREW, *ET AL.* 1996. "Delitos contra el Estado", en R. L. Spitzer, M. Gibbon, A. E. Skodol *et al.* (dirs.), *DSM-IV. Libro de casos*. Barcelona: Massson.
- SZASZ, THOMAS. 1999 (Nueva York, 1961). *El mito de la enfermedad mental*. Barcelona: Círculo de Lectores.
- SWANSON, JEFFREY; HOLZER, CHARLES; GANJU, VIJAY, *ET AL.* 1990. "Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys". *Hospital Community Psychiatry*, 41: 761-770.
- TAYLOR, PAMELA Y GUNN, JOHN. 1990. "Homicides by people with mental illness: myth and reality". *British Journal of Psychiatry*, 174: 9-14.
- TEASDALE, BRENT. 2009. "Mental disorder and violent victimization". *Criminal Justice and Behavior*, 36: 513-535.
- ULLOA, ROSA; ARROYO, EDUARDO; ÁVILA, JOSÉ, *ET AL.* 2005. "Algoritmo del tratamiento para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes". *Salud Mental*, 28: 1-10.
- URIARTE, JOSÉ. 2005. "Violencia y enfermedad mental: mitos y realidades". *Boletín de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial*, 16: 14-15.
- VALENCIA, MARCELO. 2007. "Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día mundial de la salud mental 2007". *Salud Mental*, 30: 75-80.
- VÁZQUEZ, ADOLFO. 2007. "Antipsiquiatría; deconstrucción del concepto de enfermedad mental". *Aleph Zero*, 46: 17-26.
- WALSH, ELIZABETH; BUCHANAN, ALEC, Y FAHY, THOMAS. 2000. "Violence and schizophrenia: examining the evidence". *British Journal of Psychiatry*, 180: 490-495.
- WILLIAMS, JANET. 2001. "Clasificación psiquiátrica", en R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbott (dirs.), *DSM-IV. Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson, pp. 221-246.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2005. *Mental Health Atlas 2005. Profiles countries*. Ginebra: WHO: 314-317.



CAPÍTULO 3

Mitos y realidades en torno a accidentes en niños*

ROSA ELIZABETH SEVILLA GODÍNEZ

ALICIA ALMANZAR CURIEL

Un peligro previsto está medio abolido.

William Shakespeare

Introducción

El presente capítulo es resultado del estudio de los accidentes en menores de cinco años y de la revisión de artículos relacionados con este tema, así como de la interacción con otros investigadores en esta área.

¿Qué son los mitos? Los mitos son creencias acerca de un evento cotidiano, y forman parte de la cultura, tratan de dar una explicación a la existencia de dicho evento. Un mito puede ser definido como una creencia aceptada sin crítica y sin el apoyo de los hechos (Johnson, 1998).

En el tema de los accidentes, los mitos están presentes de manera importante en la persona, en lo que piensa y en su forma de actuar. Pueden constituir una limitante al buscar establecer algunas pautas de acción para comprender los accidentes, o bien para realizar acciones correctivas con el fin de disminuirlos. De ahí que es fundamental conocerlos, porque dicho conocimiento impacta la conducta de las personas, que puede estar fundada en falsas creencias que, lejos de ayudar a evitarlos, los favorecen.

Al revisar los mitos más relevantes sobre los accidentes en niños, se intenta ofrecer un conocimiento y una explicación de la realidad, con base en estudios que avalen o desmientan los mitos que existen en nuestro medio. Asimismo, se señalan algunas medidas de prevención que permitan disminuir la probabilidad de que se presente un accidente.

* Los dibujos que ilustran este capítulo son autoría de Rodrigo Salazar Mendoza.

Importancia de los accidentes en niños

En los menores de cinco años son más frecuentes los accidentes. Este capítulo se enfoca en este grupo de edad y algunos de los mitos existentes.

La importancia de los accidentes en los niños recae en la trascendencia de sus consecuencias. Un accidente puede cambiar la calidad de vida del pequeño (Vázquez, 2004); por ejemplo, si sufre un traumatismo craneoencefálico puede resultar con secuelas neurológicas; si sufre un atropellamiento es probable que quede inválido; si es una quemadura, le puede producir lesiones en la piel. Estos ejemplos abarcan tan sólo aspectos físicos, sin embargo, lo más doloroso, si el niño sobrevive al accidente, son los efectos a nivel psicológico (Pfeffer, 2007): puede afectar su autoestima, su seguridad, su desarrollo físico, su desempeño escolar o la facilidad para establecer amistades, sólo por mencionar algunos.

Los accidentes carecerían de importancia si no fuera porque son frecuentes en nuestro medio, y en el mundo entero causan gran número de muertes en los niños.

Las causas más frecuentes de accidentes en niños menores de cinco años son:

- Ahogamientos.
- Accidentes de vehículo de motor, sobre todo automovilísticos.
- Traumatismos por caída accidental.
- Quemaduras.
- Intoxicaciones.
- Envenenamientos.

Existen accidentes en los que el niño puede llegar a sobrevivir, pero otros en los que puede morir.

Gravedad de los accidentes

Cualquiera de los accidentes anteriores puede ocasionar la muerte, dependiendo de la gravedad del daño. Destacan los ahogamientos; al momento que el niño cae al agua e intenta respirar, aspira agua y ésta entra a sus pulmones.

En el caso de los accidentes de vehículo de motor, se presentan desde fracturas leves hasta secuelas graves que le imposibiliten volver a caminar.

Las caídas accidentales llegan a ser graves y requerir cirugía para drenar algún posible edema que se genere en el cerebro por el traumatismo craneoencefálico.

Las quemaduras suelen ser tan agresivas que se requieran varias cirugías para realizar injertos de piel en las zonas quemadas, además de que en esos casos los pequeños se encuentran en áreas aisladas para evitar infecciones, lo que impide que tengan la compañía de un adulto que les procure cariño o seguridad durante

su estancia en el hospital. Un aspecto que resaltar en cuanto a las quemaduras en el rostro son las cicatrices que en ocasiones dejan en la piel, y el estigma como secuela.

En el caso de las intoxicaciones o envenenamientos, el daño se relaciona con la cantidad y el tipo de tóxico o veneno ingerido. En estos casos, es fundamental que el niño reciba atención médica de urgencia para atenuar el daño o secuela que pudiera presentarse.

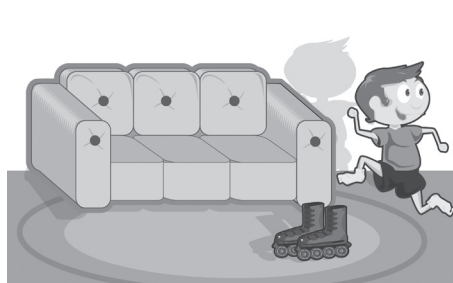
Frecuencia de los accidentes

En México, la cuarta causa de muerte en niños menores de cinco años son los accidentes de tráfico ocasionados por vehículos de motor. Como quinta causa se encuentran los ahogamientos y sumersiones accidentales

En Jalisco, los accidentes de vehículo de motor ocupan la segunda causa de muerte, y la tercera corresponde a ahogamientos y sumersiones accidentales.

Algunos datos a escala nacional muestran la importancia de estos accidentes en los niños. Durante el año 2010, los niños representaron cerca de 10% del total de la población nacional y ocuparon el cuarto lugar entre los grupos de edad de la población total.

En 2008, por cada 100 mil habitantes en México de entre uno a cuatro años, fallecieron seis niños por accidentes de vehículo de motor, cuatro por ahogamiento y uno por caídas (Secretaría de Salud / Dirección General de Información en Salud, 2008). El significado social de estos datos es la pérdida de vidas que se encontraban en crecimiento, con un potencial por conocer y grandes proyectos por vivir. Se dice que “los niños son la esperanza y el futuro de un país”, sin embargo, en México, muchos mueren por accidentes que habrían podido evitarse.



Lo que se piensa de un accidente

Además de la relevancia de los datos estadísticos, es importante resaltar el significado de los accidentes en la sociedad. Muchas veces, la ocurrencia de un hecho de esta naturaleza se atribuye a condiciones fatalistas (Kouabenan, 1998), en las que no es posible realizar ninguna acción para evitarlo, por la creencia de que “ya le tocaba” o “era su destino” sufrir el accidente. Por otro lado, cuando un pequeño muere a causa de un accidente, desde el imaginario colectivo llega a considerársele afortunado por el hecho de que pasa a ser “un angelito en el cielo”. La cultura proporciona explicaciones y significados como los anteriores, por medio de los cuales las personas mitigan el profundo dolor que les ocasiona la pérdida de un pequeño. Sin embargo, tras de dichos significados suelen atenuarse las responsabilidades de los adultos.

¿Qué influye para que se presente un accidente?

Un aspecto importante de los accidentes que sufren los niños son los factores de riesgo, los cuales pueden ser de naturaleza física, química, orgánica o social, y ser antecesores del accidente, dada la variabilidad en su presencia o ausencia (Colimon, 1990). Asimismo, existen elementos culturales que influyen en los factores de riesgo de accidentes, tales como la educación del niño, la forma como lo cuidan, las creencias de quienes lo tienen bajo su cuidado, su nivel socioeconómico, su género y las acciones que se realizan para prevenirlos. Incluso existe una predisposición a sufrir más accidentes de acuerdo al género, el nivel socioeconómico y la edad.

Las creencias y la mentalidad fatalista contribuyen además a generar un ambiente propicio para los accidentes. Deben considerarse también las costumbres en torno a ciertas actividades diarias en el hogar, en la calle o en la visita a algún familiar. Por mencionar algunos ejemplos:

- Algunas personas dejan el aljibe abierto para ahorrar tiempo, lo cual genera el riesgo de que un niño caiga al querer saber lo que contiene.
- Al trapear, a veces se dejan los baldes en el patio o afuera de las recámaras, y si en un momento el adulto acude a revisar el guisado o contestar el teléfono, por ejemplo, el pequeño que está a su cuidado pueda caer en el balde y ahogarse.
- Mientras se cocina, se suele dejar el sartén con el mango fuera de la estufa y los pequeños, al estar cerca de la mamá mientras juegan, pueden testear el utensilio y echárselo encima.
- Es poco frecuente que un hogar con niños se mantenga ordenado, a menudo hay tirados todo tipo de juguetes, desde canicas hasta lápices, los que pueden ocasionar caídas.

- Las ventanas sin protección resultan atractivas para el niño, que quiere observarlo todo y al asomarse puede ocurrir un terrible accidente.
- Cuando se atraviesa una calle es necesario tomar al niño de la muñeca y no de la mano, ya que está demostrado que así la sujeción es más segura.
- Es riesgosa la costumbre de hablar por teléfono cuando se maneja, o llevar los niños en el asiento delantero, o no colocar los seguros a prueba de niños.

Estas situaciones son familiares, a menudo se presentan en el hogar o la cotidianidad, por lo que conviene reflexionar sobre lo que se hace o se deja de hacer con respecto a los accidentes de niños, y precisar ideas y aspectos que corresponden a los accidentes en la vida cotidiana de nuestro medio y cultura. Muestran que la ocurrencia de accidentes es frecuente, que éstos suceden en cualquier lugar y bajo variadas circunstancias, son sucesos que se viven y, por tanto, generan emociones.

A partir de un acontecimiento que le ocurre a otra persona o que se experimenta en carne propia se generan, popularmente, varias interpretaciones de por qué sucede, y se le otorga un significado. Entonces surge un mito en torno al hecho al considerarlo efecto de la casualidad, como una catástrofe, una desventura o una situación inevitable.

A continuación se describen algunos de los mitos más conocidos en nuestra cultura acerca de los accidentes en niños.

Mitos y realidades acerca de los accidentes en niños

Mito 1. Los accidentes son producto del azar

Antes de abordar este mito, es importante conocer algunas definiciones de accidente:

- De acuerdo con la Organización Mundial para la Salud (OMS), el accidente se asocia a una cadena de eventos que llevan a la ocurrencia de una lesión no intencional (con perjuicio de las personas).
- La Ley General de Salud (LGS) lo señala como un hecho súbito que ocasiona daños a la salud y se produce por la ocurrencia de condiciones potencialmente prevenibles.
- En el *Diccionario Larousse de la lengua española* se lo define como un suceso eventual, especialmente desgraciado. Casualidad. Lo que altera la uniformidad.
- Desde el punto de vista de la sociedad, se considera producto de la casualidad, la desgracia, la catástrofe, el infortunio, la desventura o cualquiera otra

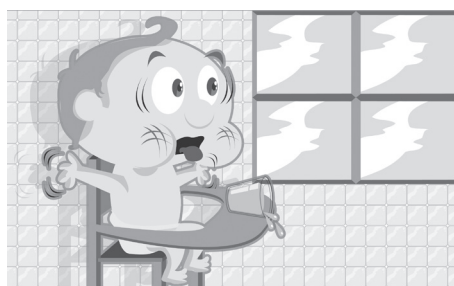
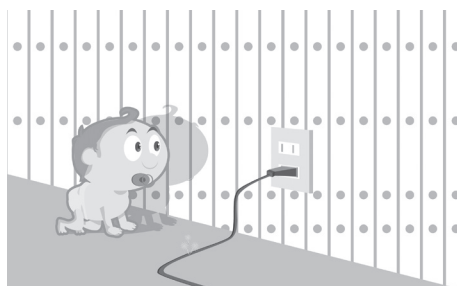
situación relacionada con el azar o lo inevitable, y que nada se puede hacer para prevenirlo o evitarlo. (El *Diccionario* de la Real Academia Española lo define como ‘casualidad, caso fortuito, desgracia imprevista’.

Al analizar las definiciones, en sólo dos de ellas encontramos similitudes, aquellas que señalan al accidente como un evento súbito o inesperado.

En algunas definiciones se le considera como resultado de una cadena de sucesos previos. Por tanto, si antes de llegar a ocurrir un accidente se llevan a cabo ciertas acciones que debieron haberse realizado y no se realizaron, entonces se puede pensar en la prevención de los accidentes. Es decir, no suceden sin que existan condiciones para ello. Este aspecto es crucial para comprender la naturaleza de un accidente.

Otras definiciones respaldan la idea de que cuando se escucha la palabra *accidente*, inmediatamente se piensa en algo que no se pudo evitar, que sucedió porque sí, que su causa no fue intencionada, que no fue con malicia, que sucedió sin pensar y en segundos. Sin embargo, si se considera al accidente bajo este enfoque, se le está catalogando como un evento ante el cual nada se puede hacer. Y aquí cabe hablar de las personas con mentalidad fatalista, quienes son indiferentes al peligro porque sienten que son incapaces de influir en las fuentes potenciales de riesgo (Kouabenan, 1998). Para ellos, es normal que los accidentes sucedan de vez en cuando e incluso pueden ser por coincidencia (Kouabenan, 1998).

La experiencia de un accidente puede sensibilizar a la persona en cuanto a las medidas que debe establecer para disminuir la posibilidad de que ocurra otro. Sin embargo, puede ser que estas medidas con el tiempo vuelvan a omitirse y se disminuyan las acciones correctivas para que eso no suceda otro accidente.



La idea de que se sufre un accidente por estar en el lugar equivocado en el momento equivocado fomenta la creencia en el azar. Lamentablemente, algunos investigadores concluyen que los accidentes son causados por el azar y por tanto no son prevenibles (Celis, Maynard, Valadez *et al.*, 2009; García, Gándaro, Cardozo *et al.* 2008; Green, 1997), pero también otros señalan que pueden ser

prevenibles (Hyder, Sugerman, Puvanachandra *et al.*, 2009; Norris y Wilson, 2003; Pfeffer, 1991; Green, 1997).

En un estudio (Celis, Maynard, Valadez *et al.*, 2009) se les preguntó a algunos mexicanos sobre los accidentes. Hasta 92.6% de los participantes respondieron que están en total acuerdo o casi de acuerdo en que son prevenibles, incluso, 60% de ellos señalaron acciones preventivas para evitarlos. Aunque, en contraparte, en otro estudio en Uruguay (García, Gándaro, Cardozo *et al.*, 2009), 90% de las personas encuestadas contestaron que los accidentes son producto del azar. En el aspecto de la intencionalidad del daño resultó que 21.2% estuvieron en completo acuerdo o casi de acuerdo.

Un asunto importante de considerar es el control que se puede tener sobre los accidentes. En el caso de un accidente automovilístico, puede darse una serie de factores encadenados que explicarían este suceso: velocidad del auto, conductor ebrio, distracción, sueño, poca visibilidad, hablar simultáneamente por teléfono, ir platicando, regañar a los niños del asiento de atrás, entre otros, que conjugados originarían un accidente. Sin embargo, cualquier de ellos se puede minimizar o controlar, y así disminuir la posibilidad de accidente.

Es posible prevenir los accidentes a partir de disminuir las acciones de riesgo que los generan.

Mito 2. El hogar es el lugar más seguro para un niño

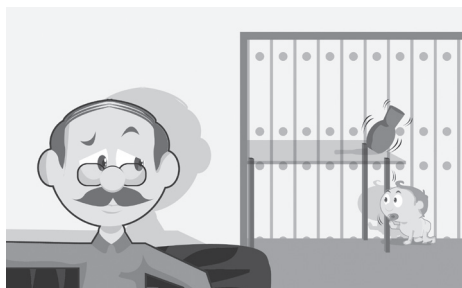
Cuando se piensa en el hogar, de inmediato viene a la mente la idea de un espacio propio y cómodo donde la persona puede sentirse segura y protegida. Por tanto, las condiciones del mismo debieran ser propicias para el desarrollo de actividades de interés personal con la plena confianza que se está en el lugar idóneo.

No todos los hogares cuentan con áreas independientes para cada función, como recámaras, cocina, patio, entre otras. En muchas ocasiones, el lugar de la cocina es al mismo tiempo recámara y cuarto para ver la televisión, lo que conlleva una mayor probabilidad de accidentes.

Partiendo de la premisa de que la casa es un lugar seguro se pensaría que en ella no existen condiciones de riesgo como las siguientes:

- Cosas fuera de lugar.
- Objetos tirados en el piso.
- Piso con huecos con los que el niño pueda tropezar.
- Enchufes desprotegidos.
- Escaleras sin pasamanos.
- Sustancias tóxicas en la mesa.
- Contenedores de agua destapados.
- Cordones de cortinas muy largos.
- Cacerolas con el mango fuera de la estufa.

- Ventanas sin protección.
- Albercas fijas o albercas inflables sin protección.
- Encendedores.
- Herramientas peligrosas (martillos, tornillos, serruchos, palas).
- Baterías.



Las condiciones anteriores pueden presentarse en hogares que no cuentan con espacio suficiente, pero también en aquéllos donde cada área tiene su espacio; es decir, un hogar seguro tiene relación con la cultura del orden y la prevención, no con su tamaño.

A las condiciones inconvenientes del hogar se suman otros factores que pueden incrementar el riesgo de accidentes en niños, como el tiempo que permanecen en el hogar y la conducta de quienes los cuidan.

Por lo regular, el niño pequeño permanece más tiempo en su hogar porque no tiene ocupaciones como la escuela o el trabajo que lo obliguen a salir. El hogar es su espacio de juego y diversión, su manera de pasar el tiempo depende de quien lo cuida.

Los estudios al respecto (Lourenço, Furtado y Bonfim, 2008; Hippisley, Groom, Kendrick *et al.*, 2002; Kanchan, Menezes y Monteiro, 2009; Hyder, Borse, Blum *et al.*, 2008; Baeza, García, Godoy *et al.*, 2008; García, Gándaro, Cardozo *et al.*, 2008; Díaz, Alberna, Díaz *et al.*, 2006) muestran que en el hogar es donde más frecuentemente se presentan los accidentes en niños.

Uno de estos estudios señala que 97% de los accidentes estudiados sucedieron en el hogar y el resto en la vía pública (García, Gándaro, Cardozo *et al.*, 2008).

Ejemplos de lo que sucede en casa:

- Las sustancias de limpieza llegan a guardarse con gran frecuencia en la alacena de la cocina. De esta manera quedan expuestas a que los niños las ingieran por accidente (Hyder, Borse, Blum *et al.*, 2008), porque en ocasiones dichas sustancias se guardan en botellas de refresco o de leche y el niño no distingue que en realidad son tóxicos.
- Los medicamentos sobrantes suelen almacenarse por cuestiones de costumbre (Agran, Anderson, Winn *et al.*, 2003) y economía, ya que pueden uti-

lizarse en otra ocasión que se requieran. Tal comportamiento favorece las probabilidades de que el niño pueda encontrarlos e ingerirlos (Lourenço, Furtado y Bonfim, 2008).

- Según estudios, los envenenamientos se presentan con mayor frecuencia en el hogar (Kanchan, Menezes y Monteiro, 2009; Lourenço Furtado y Bonfim, 2008). El veneno suele guardarse en frascos de alimentos que el niño no distingue. En ocasiones, aun los mismos adultos llegan a confundir venenos en polvo de color blanco, con harinas.
- Los traumatismos físicos son otra consecuencia de accidentes en el hogar ocasionados por juguetes tirados en el piso, ventanas abiertas, muebles altos a los que el niño intenta trepar, escaleras sin seguridad o cunas sin protección (Baeza, García, Godoy *et al.*, 2008).
- Algunos otros ejemplos que suceden en nuestra cultura son las quemaduras por plancha, quemaduras con agua hirviendo u objetos en la estufa, heridas por determinados juegos infantiles, bolsas de plástico que los niños colocan en su cabeza y cuando ellos respiran se pegan a su cara y los asfixian, aspiración o ingestión de objetos pequeños que les provocan asfixia.

Esta creencia de que el hogar es un lugar seguro donde los niños no pueden sufrir accidentes conduce a que los padres de familia confíen en que el niño está seguro y así muchas veces no observen las condiciones de riesgo que están presentes en el hogar.

Lo anterior debe ser considerado como una llamada de atención para conocer los factores que condicionan estos sucesos en cada hogar. Ante todo se debe procurar establecer medidas de protección (Pressley, Barlow, Kendig *et al.*, 2007) que permitan asegurar que el niño se encuentra fuera de peligro aun en su propio hogar. Estas medidas de protección consisten en eliminar las condiciones de riesgo ya mencionadas, las cuales son inadmisibles en un hogar seguro.

Mito 3. Un niño no alcanza las cosas a cierta altura

Cuando se observan las facultades de un niño de uno a cuatro años para correr, trepar o saltar, sorprende su gran habilidad y nos preguntamos si esa capacidad es producto de su maduración psicomotriz, de su osadía porque no conoce las consecuencias de sus actos, o bien, de su intrepidez para lograr objetivos sin medir los riesgos. Cualquiera que sea la respuesta, el niño es capaz de realizar muchas acciones que implican riesgo. Puede ser que tenga cierto dominio porque las realiza de manera frecuente, sin embargo, a veces también pueden fallar sus habilidades.

El niño va descubriendo sus capacidades a través de la experiencia, de los juegos (Serrada Fonseca, 2007), de los retos que el medio ambiente le presenta,

además de los intereses personales por conocer, alcanzar o explorar algo que llama su atención. Pero ¿el niño sabe lo que es el peligro?

El niño no conoce los peligros ni cuenta con experiencia previa en acciones como trepar, por ejemplo, y no dispone de muchas limitaciones físicas o mentales que le impidan aventurarse en lo que desea (Pfeffer, 2007; Gambetti y Giusberti, 2009). Por lo común, los papás estimulan y festejan al niño sus logros psicomotrices, y en algunas ocasiones, sin la presencia del adulto, el niño los ensaya o repite. En otras, la persona adulta considera que guardar el veneno o medicamento en un lugar alto queda fuera del alcance de los niños y así el riesgo se anula, sin embargo, está subestimando las posibilidades de astucia e intrepidez del niño.

Al igual que su destreza física (Serrada Fonseca, 2007), la imaginación del niño está en desarrollo, de manera que puede ingeniárselas para treparse a sillas o subirse a la mesa con tal de lograr su objetivo. El accidente puede suceder si se cae, pero también cuando ingiere lo que indebidamente se ha guardado en frascos de alimentos. Lamentablemente en sectores populares esta práctica es más común pues se relaciona con un principio de economía, ya que sustancias como tiner, aguarrás o sosa cáustica son productos caros y por eso se guardan los sobrantes, con la finalidad de utilizarlos en otra ocasión.

Aunado a esta subestimación de las capacidades del niño se encuentra el peligro que representa el hecho de su desconocimiento de que hay sustancias tóxicas guardadas en frascos de alimentos. Cuando el niño vence el obstáculo de la altura y alcanza el recipiente que llamó su atención, por un impulso natural de exploración tiende a probar el contenido para conocer su sabor.

La responsabilidad del adulto es, entonces, establecer acciones seguras en el hogar y tener en cuenta la creatividad e ingenio de los pequeños, para asegurarse de que todo lo que hay ahí está “a prueba de niños”.



Por ejemplo, al niño puede gustarle mucho la mermelada, observar que su mamá guardó en un estante un frasco parecido al que contiene ese alimento e ingeniárselas para alcanzarlo. Pero si el envase contiene en realidad algún veneno o una sustancia tóxica, el niño puede morir si lo ingiere. Para los niños, el bote

de leche o el frasco de mermelada sólo pueden contener eso precisamente; lo cual es muy sensato. No así para el adulto, que suele utilizarlos para almacenar distintas cosas.

Mito 4. Se requiere gran cantidad de agua para que un niño se ahogue

No es necesario que un niño caiga en un aljibe o una alberca para que se ahogue. En el caso de niños menores de un año basta una cantidad mínima de agua para que suceda un accidente o una tragedia. De acuerdo con un reporte, un niño se ahogó en un recipiente que contenía tan sólo 5 centímetros de agua. Lo más insólito del suceso fue que el líquido era el de su propio bacín. El niño pequeño se inclinó y no pudo incorporarse, respiró mientras tenía su cabecita en el interior del bacín y el líquido que ingresó en sus pulmones fue la causa de la asfixia que provocó su muerte.

En cuestión de sólo 2 minutos un niño puede perder el conocimiento si está sumergido en agua. Después de 4 a 6 minutos se producen daños cerebrales irreversibles. La mayoría de los niños mueren después de estar 10 minutos bajo el agua.

Este caso es un ejemplo contundente para desmentir el mito. La cabeza es la parte más pesada del cuerpo de un bebé, lo que se vuelve un factor importante de considerar a la hora de prevenir accidentes. Hasta que cumple tres meses de edad puede sostener la cabeza erguida cuando está sentado. Sin embargo, aún no puede razonar para sortear esos riesgos. A partir del año comienza a adquirir y dominar destrezas motoras como subir escaleras, sentarse en sillas pequeñas o coordinar movimientos.

De esa manera, en ocasiones no es necesaria una gran cantidad de agua para que se produzcan accidentes de gran magnitud.

Mito 5. El cuidado de los niños por parte de un adulto asegura que no sufrirán ningún accidente

Se ha señalado que contar con la supervisión de un adulto es un factor predictor de los accidentes en niños (Morrongiello, Zdzieborski, Sandomierski *et al.*, 2009; Porter, Crane, Dickinson *et al.*, 2007; Lee y Thompson, 2007). Sin embargo, a pesar de contar con la supervisión de un adulto se presentan los accidentes (Atak, Karaoglu, Korkmaz *et al.*, 2010). El motivo principal radica en la distracción por parte de la persona que cuida al niño; no importa cuánto tiempo se descuide, en segundos el niño pudo haberse tomado un veneno, ingerido una pastilla, echarse encima una cazuela que estaba sobre estufa o caerse de una escalera. No basta que el adulto se encuentre en el mismo lugar que el niño, sino que debe estar en continua vigilancia, lo cual no siempre es posible (Sevilla, Larios, Navarro *et al.*, 2004)

En un estudio sobre caídas de niños (Castro, Powell y Sheehan, 2010), se observó que 60% de los adultos que cuidaban a esos niños mientras sucedió el accidente, supervisaban a más de uno a la vez. Lo cual implica mayor responsabilidad y demanda de atención por parte del cuidador.

Las formas como los cuidadores brindaban atención a los niño fueron las siguientes:

- Jugando con él.
- Observándolo.
- Escuchándolo.

Otros reconocieron que no siempre estuvieron cuidándolo.

Llama la atención que en 59% de los casos, el cuidador se encontraba en la misma habitación que el niño, es decir, la presencia de un adulto que lo cuidara no fue suficiente para evitar el accidente.

Lo anterior no quiere decir que no se requiera la supervisión y el cuidado del niño por parte de un adulto; antes bien, es importante y puede hacer la diferencia entre que se presente o no un accidente (Morrongiello, Zdzieborski, Sandomierski *et al.*, 2009; Porter, Crane, Dickinson *et al.*, 2007; Lee y Thompson, 2007; Flavin, Dostaler, Simpson *et al.*, 2006; Shotar, 2005). Incluso, se ha propuesto como una medida prioritaria para prevenir los accidentes (Flavin, Dostaler, Simpson *et al.*, 2006, citados en Shotar, 2005; Gibbs, Waters, Sherrad *et al.*, 2005). Sólo que la presencia debe ir acompañada de la vigilancia continua. En otras palabras, se puede estar presente pero leyendo un periódico o hablando por teléfono, y esto no es lo mismo que vigilar y cuidar al niño.

Lo importante es recordar que la supervisión de un adulto no es garantía para que no sucedan los accidentes, hace falta también considerar, además de la vigilancia, la madurez fisiológica del niño, sus capacidades motrices y las condiciones inseguras del espacio donde pasa el tiempo o juega.

Por otro lado, es importante señalar que el adulto es responsable de la supervisión, pero muchas veces tiende a delegar dicha responsabilidad a otros familiares, que incluso pueden ser menores que el niño. Esto sucede por lo general cuando ambos padres de familia trabajan, o el adulto se encuentra realizando labores del hogar y entonces pide al hermanito “mayor” que cuide al más pequeño. El hecho de que el “mayor” tenga algunos años más de edad no significa que tenga más madurez y responsabilidad para saber cuidar a un pequeño y anticiparse a un evento que puede suceder ante ciertas condiciones inseguras del hogar. Incluso, habría que cuestionarse si el hermanito “mayor” sabe cómo actuar ante cualquier accidente que pueda llegar a sufrir el más pequeño.

Por último, suele suceder que por considerarlos más desarrollados, a los niños se les concede más libertad para realizar ciertas actividades de mayor riesgo que a las niñas, por ejemplo, trepar árboles o utilizar la bicicleta en la calle. Por esto,

una deficiente supervisión de los niños los deja expuestos a mayores riesgos que a las niñas.

Mito 6. El tiempo de exposición a los factores de riesgo no infuye en la probabilidad de sufrir un accidente

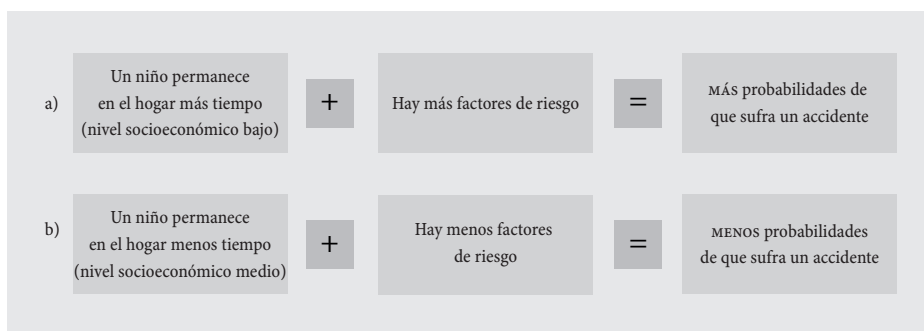
Existe en nuestra cultura un conocido refrán popular que dice “Tanto va el cántaro al agua hasta que se rompe”. En el campo de los accidentes, esto puede significar que al utilizar algo o hacer una cosa una ocasión puede que no pase nada, pero el tiempo y la frecuencia acaban por traer consecuencias. Repetir un acto condiciona que exista mayor probabilidad de resultados diferentes.

En México, se encontró que los niños de hogares de nivel socioeconómico bajo permanecen más tiempo en casa (más de ocho horas) en comparación con los niños de nivel socioeconómico medio (Sevilla Gómez, Chávez *et al.*, 2010). Esto último debido a que una mayor proporción de niños del sector medio acude a la guardería o al preescolar. Se sabe que si un niño permanece mucho tiempo en su hogar, tiene más probabilidad de sufrir un accidente porque se encuentra más tiempo conviviendo con las condiciones y riesgos que lo pueden generar.

La frecuencia de exposición al riesgo ha sido estudiada (Sevilla, Gómez, Chávez *et al.*, 2010) a partir de considerar que el tiempo de exposición a un factor de riesgo aumenta la probabilidad de un accidente siempre que existen condiciones tales como una estufa encendida sobre la que hay ollas o sartenes con asas o mangos que sobresalen, o baldes con agua. Además, se encontró que en los hogares populares había más contenedores de agua como baldes y tinas para lavar ropa, así como también era más frecuente —cinco a siete veces por semana— la utilización de tinas de baño para bebés.

De los resultados de este estudio puede concluirse la asociación entre la permanencia del niño en el hogar y el riesgo de que sufra un accidente.

De acuerdo con lo anterior se identifican dos escenarios:



La diferencia entre estos dos escenarios no es la exposición a las condiciones de riesgo —tinajas o baldes con agua en el hogar— sino el tiempo que el niño permanece en el hogar junto al riesgo.

Por ejemplo:

- En los hogares suele almacenarse agua en baldes o tinajas mientras se realizan acciones de limpieza como trapear. Quizás, la primera vez que el niño camine cerca de un balde con agua pueda no tropezar. Si en algún momento la mamá acude a contestar el teléfono o a apagar la estufa y el niño se queda en el lugar donde se encuentra el balde, puede estar jugando, tropezar, caer en él y, si es pequeño, puede no lograr incorporarse y eso ocasionar resultados fatales.
- Cuando al niño menor de un año que aún no camina se le deja en la cuna para que esté más seguro mientras se realizan las labores del hogar, puede suceder que el bebé, al darse una vuelta en su propia cuna, rote nuevamente y se asfixie al colocar su boquita contra la almohada o el colchón de la cuna. Esto puede suceder en tan poco tiempo como el que le toma a la mamá salir del cuarto para ir a la cocina, y para cuando ella regresa, el tiempo ha sido suficiente para que haya ocurrido la desgracia.

En los casos en que el niño acude a algunas actividades como el preescolar, acompaña a la madre a diferentes pendientes fuera del hogar, sale acompañado de paseo al parque, los factores de riesgo existentes en el hogar no se potencian porque el niño se encuentra durante más tiempo lejos de ellos. De manera que no es un mito que el tiempo de exposición a los factores de riesgo aumenta la probabilidad de sufrir un accidente.

Aun cuando en meses no haya sucedido un accidente, existe el periodo de latencia del accidente, es decir, en ocasiones es cuestión de tiempo o de un lapso necesario para que un evento desafortunado se presente.

Mito 7. La edad del niño no tiene relación con la frecuencia de accidentes

Definitivamente no es un mito, diversos estudios demuestran que la edad determina la frecuencia de accidentes. Por ello, los menores de cinco años son más propensos a sufrirlos (Atak, Karaoglu, Korkmaz *et al.*, 2010; Lourenço, Furtado y Bonfim, 2008; Sevilla, Larios, Navarro *et al.*, 2004; Sevilla, Gómez, Chávez *et al.*, 2010; Agran, Anderson, Winn *et al.*, 2003; Hyder, Borse, Blum *et al.*, 2008). En esta edad, los niños se caracterizan por ser intrépidos, curiosos (Shaffer, 2002; Maier, 1971), por tanto, en esta etapa de la vida se generan condiciones de mayor riesgo.

De acuerdo con Agran y colaboradores, a partir de los tres a cinco meses de edad, la tasa global de accidentes aumenta rápidamente, alcanzando un máximo a la edad de 15 a 17 meses. Las principales causas que se reportan son las caídas, las intoxicaciones, lesiones de vehículo de motor, quemaduras e incendios. La

caída del niño de los muebles fue frecuente entre los tres a ocho meses. Las lesiones por líquido caliente y vapor fueron más en los niños de 12 a 17 meses. La causa de intoxicación más frecuente fue la ingestión de medicamentos, y las lesiones fueron más comunes en los grupos de edad de uno y uno y medio años. Las lesiones por vehículo de motor fueron más frecuentes entre los niños de tres a cuatro años.

Como podrá observarse, el tipo de accidente guarda relación con la etapa de desarrollo del niño y con las acciones o logros que puede realizar, o con los factores de riesgo a los que puede estar más expuesto según la etapa de su crecimiento.

Hay que recordar que el niño es propenso a vivir situaciones de peligro, pero no ha desarrollado todavía la conciencia sobre éste y no lo evita (Agran, Anderson, Winn *et al.*, 2003).

Es importante considerar que en ocasiones el riesgo no está dado solamente por el actuar de los niños, sino también por las acciones de los padres o cuidadores. En los menores de cinco años es muy frecuente el uso de medicamentos en gotas o en pastillas para contrarrestar malestares o enfermedades. Algunas veces, suele excederse la dosis por error y causar una intoxicación involuntaria. Además, el niño sufre envenenamientos con medicamentos de adultos que puede encontrar pese a estar guardados. Otra práctica incorrecta muy utilizada por el adulto es la de medicar por su cuenta al niño dándole lo que el médico le recetó la última vez que enfermó de “lo mismo”. O también, los padres pueden llegar a obtener una receta por teléfono, lo cual puede condicionar un diagnóstico equivocado, una dosis inadecuada o una intoxicación del niño.

Conforme un niño va creciendo, aumentan sus capacidades físicas —habilidades, destrezas— y cognitivas —conocimiento— (Shaffer, 2002; Maier, 1971), obtiene experiencia de sus acciones, recuerda lo que le hace daño y conoce el riesgo de situaciones que antes percibía como inofensivas. Situaciones ante las cuales tiempo atrás se encontraba indefenso, pero ante las cuales ahora se muestra alerta; condiciones a las que se exponía sin conocer el riesgo y ahora puede evitarlas.

Por ejemplo, los niños mayores de 10 años saben que al encontrarse con una canica en el suelo pueden pisarla, resbalar y caer, o bien, cuando encuentran una ventana abierta no se trepan para observar sino que la cierran o no se acercan a ella. Esto repercute en una seguridad relativa que el propio niño adquiere para cuidarse en su medio ambiente.

Mito 8. Un accidente no causa la muerte de un niño

Lamentablemente, los accidentes ocurren y cuando se presentan pueden ocasionar la muerte. No sólo en México sino en todas partes del mundo los accidentes son causa de muerte en niños (Pearson y Stone, 2009; Atak, Karaoglu, Korkmaz *et al.*, 2010; Singh y Kogan, 2007; Vali, Lang, Soonets *et al.*, 2007). Dependiendo

del grado, la lesión del accidente y la edad del niño, su salud puede verse afectada (Pearson y Stone, 2009).

El nivel socioeconómico puede llegar a ser un detonador en la magnitud de la frecuencia de los accidentes en niños (Singh y Kogan, 2007; Sevilla, Gómez, Chávez *et al.*, 2010). Se ha reportado que mientras menor es el nivel socioeconómico de los niños, mayor es la tasa de mortalidad (Singh y Kogan, 2007). Los principales accidentes reportados en este grupo fueron asfixia, accidentes de transporte y envenenamientos (Vali, Lang, Soonets *et al.*, 2007).

Se comparó la mortalidad de niños por accidentes en Los Ángeles, el condado de California y la ciudad de México, y se encontraron diferencias. Los resultados muestran que en Los Ángeles, los envenenamientos fueron los que predominaron, mientras que en la ciudad de México fueron los accidentes automovilísticos y las caídas (Hijar, Chu y Kraus, 2000).

En el caso de los accidentes automovilísticos, pueden ser por varias razones, entre ellas, que el niño no cuente con un patio grande en el interior de su casa y salga a jugar a la calle, lo cual aumenta el riesgo de sufrir una lesión. Pero ésta no es la única situación por la que se produce un accidente de esa naturaleza. Se ha observado que dos de cada tres niños que no llevaban puesto el cinturón de seguridad o algún otro mecanismo de protección sufrieron accidentes (Vázquez, 2004). El grupo de edad más afectado fue de cuatro a siete años. La tasa de mortalidad reportada fue de 16.6%, sin embargo, es de destacar que 94.3% de los niños que sobrevivieron presentaron algún tipo de secuela funcional permanente. Estos resultados hablan de la responsabilidad de los adultos en este tipo de eventos, puesto que son ellos quienes deben colocar el cinturón de seguridad al niño, o bien, si es un bebé, deben colocarlo en la silla portabebé siempre en la parte trasera del automóvil, en posición contraria al asiento del auto.

Mito 9. No le pasa nada al niño si se le deja solo un momento

La realidad muestra que bastan unos segundos para que suceda un accidente. El tiempo en que se descuida al niño puede ser lo único que haga la diferencia entre que se presente o no una verdadera desgracia.

Un ejemplo verídico de quemaduras esofágicas por ingestión de sosa cáustica, en el que los segundos fueron fundamentales para que sucediera el accidente, fue un caso comentado por la madre del niño durante una sesión del Club de Esófagos Nueva Vida (asociación civil ubicada en Guadalajara, Jalisco).

Según relató la madre del niño accidentado, ella acababa de regresar del tianguis donde había comprado la sosa cáustica, envasada en un frasco de leche. Una vez que llegó a su hogar, escuchó gritos de dos de sus tres hijos, quienes se encontraban peleando en la recámara. Acto seguido, dejó la sosa cáustica al pie de la puerta y acudió al llamado de uno de ellos. El niño más pequeño estaba

rondando cerca del lugar y al ver el “frasco de leche”, se acercó a él para tomarlo. Debido a que la tapadera de los botes de leche no es segura, el niño pudo abrirlo e ingirió parte de su contenido pensando que era leche. Sólo tomó un poco por el sabor y la quemadura que le provocó. De inmediato empezó a llorar y la madre quedó aterrada por lo sucedido. Ella comentó que todo sucedió en unos cuantos segundos y que nunca pensó que su pequeño pudiera abrir el envase y mucho menos ingerir lo que contenía.

Este caso muestra que se subestima la iniciativa, capacidad e ingenio de los niños a la hora de prevenir los accidentes.

Por otra parte, la sosa cáustica es un corrosivo de uso industrial, pero indebidamente se utiliza como producto de limpieza en el hogar (Oruè, Achucarro, Espinola *et al.*, 1999). Asimismo, muchos productos de limpieza comerciales contienen sosa cáustica además de otros ingredientes. Uno de los factores principales que ocasionan accidentes es que se echan y expenden en frascos que antes contenían alimentos (German y Waterson, 1976; Edmonson, 1987) y no tienen tapa “a prueba de niño”, que es la que requiere hacer al mismo tiempo dos movimientos psicomotores que los niños pequeños aún no dominan: girar y presionar a la vez. Este tipo de tapa garantiza una mayor seguridad para que el niño no pueda abrir el envase y, por tanto, no ingiera su contenido.

En el siguiente cuadro se presenta un resumen de los mitos y realidades referidos.

Mito	Realidad
1. Los accidentes son producto del azar	Los accidentes <i>no</i> son producto del azar. Las diferentes definiciones de accidente coinciden en que se trata de un evento súbito e inesperado. En algunas definiciones se considera como un acontecimiento producto de la cadena de sucesos anteriores; o sea, no sucede sin que existan condiciones previas. También se dice que los accidentes son designios y nada se puede hacer para cambiarlos; en apoyo a esa idea se escuchan expresiones como “Si te toca, te toca”. Es importante considerar que existen personas con mentalidad fatalista, quienes son indiferentes al riesgo porque se sienten incapaces de influir en sus fuentes potenciales. En un estudio, se encontró que 92.6% de los mexicanos participantes pensaban que los accidentes son prevenibles.
2. El hogar es el lugar más seguro para un niño	El hogar es el lugar más inseguro para un niño por los numerosos riesgos potenciales. El tiempo que permanece en él, las actitudes e ideas del cuidador, el exceso de confianza de los padres y el hecho de que los niños no advierten los peligros que existen en el hogar contribuyen a ello.

Mito	Realidad
3. Un niño no alcanza las cosas a cierta altura	El niño alcanza las cosas aun cuando se encuentren en un sitio alto. Es capaz de realizar muchas actividades que son subestimadas por los padres. El niño descubre sus capacidades a través de la experiencia y los retos que el medio ambiente le presenta. No cuenta con la experiencia previa en determinadas acciones riesgosas, ni dispone de muchas limitantes físicas que le impidan aventurarse en lo que desea. La imaginación del niño está en desarrollo al igual que su destreza física, de manera que puede ingeniárselas con tal de lograr su objetivo. La responsabilidad del adulto es establecer acciones seguras en el hogar teniendo en cuenta la creatividad e ingenio de los niños; deberá asegurarse de que todo en el hogar esté “a prueba de niños”.
4. Se requiere gran cantidad de agua para que un niño se ahogue	Basta una pequeña cantidad de agua para que una niño se ahogue. Los niños pequeños no cuentan con la madurez cognitiva para resolver problemas ni dominan las habilidades para incorporarse y coordinar sus movimientos.
5. El cuidado de los niños por parte de un adulto asegura que no sufrirán ningún accidente	Aun cuando se encuentre presente una persona adulta, los accidentes pueden suceder en algún momento que se distraiga. No basta que el adulto se encuentre en el mismo lugar que el niño. La presencia del adulto se ha propuesto como una medida prioritaria para prevenir accidentes, siempre que esté vigilando al niño en forma continua; se puede estar presente pero leyendo un periódico, y esto no es vigilar. Además, es importante considerar las capacidades motrices del niño y las condiciones inseguras del lugar donde se encuentra. El adulto no debe delegar a menores su responsabilidad de cuidar a los niños, ya que no saben cómo actuar ante accidentes. Se debe brindar el mismo cuidado si es niño o niña, ambos se hallan expuestos a diversos tipos de riesgos.
6. El tiempo de exposición a los factores de riesgo no influye en las probabilidades de sufrir un accidente	Eso es falso. Si un niño permanece mucho tiempo en su hogar, tiene más probabilidad de sufrir un accidente porque se encuentra más tiempo expuesto a condiciones que le pueden afectar. Pero no son las condiciones de riesgo (tinas o baldes con agua, por ejemplo) el verdadero peligro, sino el tiempo en que el niño permanece en el hogar junto al riesgo. Aun cuando en meses no haya sucedido un accidente, está latente, es decir, es cuestión de tiempo o de un lapso necesario para que un evento desafortunado se presente.
7. La edad del niño no tiene relación con la frecuencia de accidentes	La edad si es importante, en los niños menores de cinco años son más frecuentes los accidentes. En esta edad, los niños se caracterizan por ser intrépidos, curiosos, por tanto, en esta etapa de desarrollo se generan más condiciones de riesgo. El tipo de accidente guarda relación con el nivel de desarrollo físico y cognitivo del niño, y los factores de riesgo a que puede estar expuesto según su crecimiento. El niño es propenso a peligros pero no está consciente de ellos, por tanto, no los evita. Conforme un niño va creciendo, aumentan sus capacidades físicas y cognitivas, obtiene experiencia de sus acciones, identifica mejor lo que puede dañarlo y conoce el riesgo de situaciones que antes percibía como inofensivas. Situaciones ante las cuales él se encontraba indefenso y ahora puede estar alerta.

Mito	Realidad
8. Un accidente no causa la muerte de un niño	Los accidentes se encuentran entre las primeras causas de muerte en niños. Mientras más bajo es el nivel socioeconómico de los niños, mayor es el número de muertes. Los principales tipos de accidentes reportados en este grupo fueron asfixias, accidentes de transporte y envenenamientos.
9. No le pasa nada al niño si se le deja solo un momento	Los accidentes suceden en segundos. El tiempo del descuido puede ser lo único que haga la diferencia para que se presente.

Acciones para disminuir los accidentes

Existen diferentes recursos mediante los cuales es posible generar cambios para disminuir el número de casos de accidentes. Tres de los principales son: la legislación, la educación y la ingeniería.

Ejemplos en los que se ha comprobado la eficacia de la legislación para la disminución de accidentes:

- El caso de las quemaduras esofágicas. En algunos países disminuyeron una vez que se reguló el uso, la conservación y venta de sustancias tóxicas (Edmonson, 1987). La obligación jurídica de medidas preventivas disminuyó la frecuencia de quemaduras esofágicas. De nueva cuenta destaca la importancia de la responsabilidad de los adultos en el uso de las sustancias tóxicas o venenos.
- En el caso de las albercas, se ha documentado que se puede legislar para colocar barreras como medida preventiva de ahogamientos en niños (Hyder, Borse, Blue *et al.*, 2008).

Ejemplos de la utilidad de la educación:

- La educación junto con la supervisión se ha constatado como un pilar para la prevención de ahogamientos (Hyder, Borse, Blue *et al.*, 2008).
- El papel que desempeñan los padres de familia forma parte del éxito en las estrategias implementadas para disminuir las quemaduras domésticas en niños menores de cuatro años de edad (Gimeniz, Pereira y Nascimento, 2009).
- El juego es una de las formas en que el niño interactúa con su medio ambiente y una manera de representarse a sí mismo en su papel de individuo. De acuerdo con esto, el juego en las actividades diarias puede utilizarse como un medio educativo para hacerle comprender las causas que originan un accidente, así como los factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto en su medio ambiente.
- En Guadalajara, Jalisco, existe una asociación civil llamada Club de Esófagos Nueva Vida que atiende a niños que han sufrido una quemadura esofágica. Esta

asociación utiliza la educación como medio para prevenir ese tipo de accidentes. Por medio de títeres, presentan a los niños cuentos que narran historias de accidentes y que incitan a los niños espectadores a gritarle al personaje (títere) que no ingiera tal sustancia porque es veneno. Ellos aprenden a través de estas actividades, y de forma simultánea se divierten. También se proyecta un video con dibujos animados sobre la historia de un niño que sufre un accidente. En cuanto a los padres, se les proyecta un video de historias de vida. Asimismo, es posible utilizar canciones, otros filmes o dibujos animados, con el fin de que los niños conozcan sobre el tema y aprendan qué hacer en determinadas situaciones.

Para el caso de la ingeniería volvemos al ejemplo de la sosa cáustica:

- Crear o adecuar para su venta envases con tapa especial, es decir, aquellas que para abrirse tengan que ser giradas y presionadas al mismo tiempo. Esto impediría que el niño pueda abrir los envases y, por tanto, ingerir su contenido. Además, el costo económico por la compra de recipientes seguros (con tapa “a prueba de niños”) resultaría mucho más barato que los altos costos que implican los accidentes.
- Para el caso de las intoxicaciones y envenenamientos, el ejemplo de los envases aplica de igual manera. La ingeniería es un campo práctico y útil en favor de las acciones preventivas.

Cabe señalar que cada una de las acciones mencionadas tiene un efecto, sin embargo, si se utilizan conjuntamente, el efecto es mayor y se logran mejores resultados.

La participación en la acción

Aun cuando se conozcan medidas de prevención, si éstas no son aplicadas por las personas en su medio ambiente, su efectividad queda desaprovechada. Los accidentes se pueden prevenir y se debe actuar en consecuencia.

Los padres de familia tienen que estar convencidos de que su participación en la prevención de accidentes es crucial para determinar cambios de vida. Los niños dependen de los adultos en casi todas las circunstancias de su desarrollo y siempre confían en que están con ellos.

En la búsqueda de prevención de accidentes de niños, las personas cuentan con la alternativa de asistir a instituciones de salud, educativas y algunas organizaciones civiles donde pueden recibir valiosa información y asesoría al respecto.¹ Todo es cuestión de querer y lograr cambios aquí y ahora.

¹ En Jalisco existe la Comisión Estatal de Prevención de Accidentes, dependiente de la Secretaría de Salud, que cuenta con personal capacitado para atender esta problemática y que ofrece programas e información para prevenirla.

En este capítulo sólo se han mencionado algunos de los mitos existentes en torno a los accidentes en niños, pero son los más relevantes en nuestro medio cultural.

En la medida en que las condiciones que propician los accidentes se inhiban, se disminuyan o se eliminen, se estarán evitando desgracias de esta naturaleza.

Principales medidas preventivas de accidentes en niños

A continuación se señalan algunas de las medidas preventivas de los accidentes más comunes y lamentables en niños, así como los posibles riesgos que se lograrían evitar al aplicarlas.

Tipo de accidente	Medidas preventivas	Riesgo que se evita
Accidentes por vehículo de motor	• Llevar al niño a un parque a jugar pelota, no dejarlo que juegue en la calle • Acompañar al niño a la tienda, no mandarlo a él solo • Enseñarlo a cruzar las calles • Evitar que el niño corra tras la pelota si por algún motivo se le escapa de las manos • Al bajarse del auto, tomar al niño de la muñeca, no de la mano, para evitar que pueda soltarse • Impedir que el niño saque una pelota o juguete de debajo de un auto estacionado	• Atropellamiento • Muerte • Fracturas • Lesiones cerebrales • Cirugías • Invalidez o discapacidad motora • Perder una pierna o un brazo
Ahogamientos (son ocasionados en agua)	• Acompañar al niño cuando está en la alberca • Vigilarlo continuamente • Aprender medidas de reanimación cardiopulmonar • Colocar protección alrededor de la alberca • Si es alberca inflable, colocarla a la vista del adulto • Evitar dejar el aljibe abierto o sin protección • Colocar el aljibe fuera de la casa y del paso de los menores • En la bañera, estar en todo momento con el niño, no dejarlo ni por segundos • Llevar al niño a lecciones de natación • Colocar un salvavidas en los pequeños cuando jueguen en la alberca. Pero aun con los salvavidas no confiar totalmente • Trapear o utilizar contenedores de agua cuando los niños no se encuentren en casa • Evitar dejar contenedores con agua	• Lesión cerebral irreversible • Muerte

Tipo de accidente	Medidas preventivas	Riesgo que se evita
Asfixias (son ocasionadas sin agua)	• Impedir que los niños jueguen con bolsas de plástico. El niño podría meter su cabeza en una bolsa y asfixiarse • Evitar darles juguetes que puedan desarticularse o romperse. El niño podría llevarse un pedacito a la boca y asfixiarse • Educar al niño para que mientras coma no platique • No dejar a su alcance monedas u otros objetos pequeños que llamen su atención • Leer los instructivos de los juguetes para verificar si son adecuados para la edad del niño. Esto debido a que ciertos juguetes son peligrosos para los menores de cierta edad • Aprender la maniobra de Hemlich para restablecer la respiración obstruida • No dejar solo al bebé en la cuna	• Lesiones cerebrales irreversibles • Muerte
Quemaduras	• Colocar el sartén en la estufa con el mango hacia dentro de la misma estufa, esto evita que el niño que juega cerca tome el mango del sartén y se lo vierta encima • Evitar calentar agua y dejar el recipiente con ella en el piso • Guardar encendedores o cerillos • Vigilar la temperatura del agua de la bañera del niño • Apagar y tirar el cigarro una vez que se ha terminado • Evitar dejar las parrillas de la estufa encendidas • Si se utiliza algún aparato para calentar biberones, mantenerlo alejado de los niños • Evitar planchar cuando haya niños cerca	• Daño psicológico en el niño y la familia • Lesiones en la piel • Cirugías para trasplantes de piel en las zonas del cuerpo quemadas • Meses de hospitalización • Daño en la autoestima del niño • Posible rechazo o crítica de sus compañeritos de escuela por el aspecto de su piel en el rostro o en otra parte visible de su cuerpo • Dolor, calor, ardor, en la zona afectada
Envenenamientos	• Evitar utilizar venenos que parecen dulces • Tratar de colocar el veneno cuando el niño no observe • Impedir que el veneno se guarde en la alacena junto con alimentos • No guardar venenos en frascos de alimento	• Lavado gástrico • Sonda nasogástrica • Días de hospitalización • Muerte

Tipo de accidente	Medidas preventivas	Riesgo que se evita
Intoxicaciones	• Evitar guardar medicamentos al alcance de los niños • Resguardar las sustancias tóxicas • Evitar almacenar sustancias tóxicas en frascos de alimentos • Dar medicamentos a los niños sólo cuando los ha indicado el médico • No utilizar recetas antiguas para casos nuevos de enfermedad del niño aunque lo que presente sea similar a la enfermedad anterior • Evitar que el niño se acerque a sitios donde se utilizan plaguicidas • Impedir que los tóxicos se guarden en la alacena junto con alimentos	• Lavado gástrico • Sonda nasogástrica • Días de hospitalización • Muerte
Caídas	• Colocar pasamanos en las escaleras • Pegar cinta antiderrapante en los escalones de la casa • Instalar un barandal en la cuna del bebé • Evitar que los niños jueguen o brinquen en la cama • Cerrar ventanas mientras los niños se encuentren en el hogar • Instalar mediadas de seguridad en las ventanas del hogar • Ordenar los objetos y juguetes tirados en el piso	• Lesiones cerebrales • Fracturas • Muerte

Por último, hacemos dos sugerencias importantes:

1. *Háblale al niño*. Es posible pensar que un niño pequeño no puede entender un consejo, pero ésa es una idea errónea, hay que hablarle lo más claro y simple posible, de acuerdo a su edad, y entonces se le estará educando para que por sí mismo tenga precauciones. Ellos comprenden muy bien mensajes simples como “Recoge tu juguete para que no tropecemos” o “Mira a la derecha y a la izquierda antes de cruzar la calle para ver que no venga un coche”.

Basta decir que en un estudio (Green, 1997) en el que se entrevistó a un grupo de niños, uno de ellos señaló que recordaba que su papá le dijo que no tocara a los perros sin antes pedirle permiso a su dueño, y que sólo aceptara dulces cuando se los ofreciera un amigo, nunca si provenían de un extraño.

Mientras el niño es pequeño cuenta contigo para su cuidado. Sin embargo, es importante explicarle siempre las razones de por qué se le impide realizar determinada actividad. Por ejemplo, cuando en repetidas ocasiones se señala al niño que es peligroso salir a la calle, se le debe explicar el motivo; de lo contrario, sólo

se le puede estar infundiendo miedo, no educándolo. En cambio, si se le explica que no debe irse con extraños o cruzar la calle sin fijarse, comprenderá que es cuestión de poner sus sentidos en alerta.

Educar a un niño contra posibles accidentes requiere paciencia y tiempo, pero vale la pena hacerlo. ¿Cuánto tiempo dedicas al cuidado de tu hijo? ¿Consideras que es lo suficientemente maduro para cuidarse solo?

2. *Ponte en acción.* Hay que ejemplificar cada recomendación que le hacemos a un niño, para que pueda entenderla y recordarla mejor e imitarla.

Olvidamos fácilmente lo que escuchamos. Se nos graba en la mente lo que nos causa curiosidad, lo que observamos o vivimos por nosotros mismos. No podemos darnos el lujo de que los pequeños experimenten un accidente, por tanto, se puede dibujar o jugar con los muñecos que tenga el niño para despertar su interés acerca de cómo cuidarse ante los riesgos que existan a su alrededor.

Acróstico de accidentes

A través de la vida voy, y aún no
 Conozco que existen
 Caminos que no debo
 Intentar cruzar sólo por querer
 Divertirme. Si lo hago, me
 Enfrentaré a un evento
 Nunca esperado que puede llegar a
 Terminar con mi alegría, mi vida y la
 Esperanza en mí de mi familia.
 Soy sólo un niño y quiero vivir, ¡protégeme!

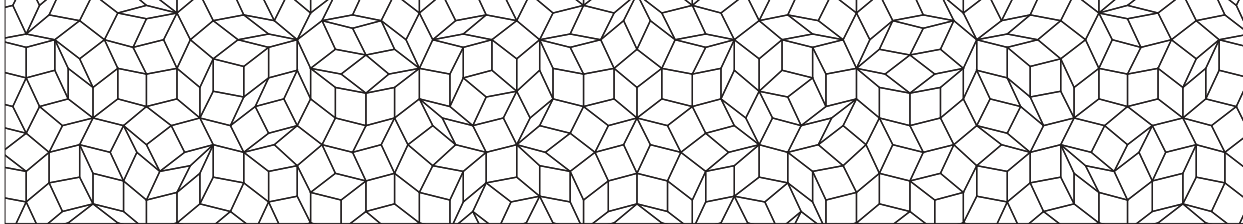
Referencias bibliográficas

- AGRAN, P. F.; ANDERSON, C.; WINN, D.; TRENT, R; WALTON, HAYNES L., Y THAYER S. 2003. "Rates of pediatric injuries by 3-month intervals for children 0 to 3 years of age". *Pediatrics*, 111(6Pt 1): e683-e692.
- ATAK, N.; KARAOGLU, L.; KORKMAZ, Y., Y USUBUTUN S. 2010. "A household survey: unintentional injury frequency and related factors among children under five years in Malatya". *The Turkish Journal of Pediatrics*, 52(3): 285-293.
- BAEZA HERRERA, C.; GARCÍA, CABELLO, L. M.; GODOY ESQUIVEL, A. H.; VELASCO SORIA, L. 2008. "Es real el riesgo de muerte por accidentes en el hogar". *Gaceta Médica de México*, 144(3): 239-244.
- CASTRO, Y.; POWELL, E. C., Y SHEEHAN, K. M. 2010. "Supervision of young children with fall injuries". *J. Trauma*, 69(s4): s214-s217.

- CELIS, A.; MAYNARD, W.; VALADEZ TOSCANO, F., Y GÓMEZ LOMELÍ, Z. 2009. "Diferencia y similitudes en la interpretación de 'accidente', 'lesión' y 'lesión traumática' en la población". *Archivos de Ciencia*, 1(1): 35-41.
- COLIMON, K. M. 1990. *Fundamentos de epidemiología*. México, D.F.: Ediciones Díaz de Santos.
- DÍAZ COLINA, J. A.; ALBERNA CARDOSO, A.; DÍAZ COLINA, M., Y FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, L. 2006. "Comportamiento de los accidentes en el niño". *Mediciego*, 12(1).
- EDMONSON, B. 1987. "Caustic alkali ingestions by farm children". *Pediatrics*, 79(3): 413-416.
- FLAVIN, M. P.; DOSTALER, S. M.; SIMPSON, K.; BRISON, R.J., Y PICKETT, W. 2006. "Stages of development and injury patterns in the early years: a population-based analysis". *BMC Public Health*, 6: 187.
- GAMBETTI, E. Y GIUSBERTI, F. 2009. "Trait anger and anger expression style in children`s risky decisions". *Aggressive Behavior*, 35: 14-23
- GARCÍA GARIGLIO, L.; GÁNDARO, P.; CARDOZO, N.; BIANCHI, M.; SANTORO, A.; PAIS FIGUEIRA, T., Y RUBIO, I. 2008. "Conceptos, actitudes y prácticas en salud sobre prevención de lesiones en niños menores de 10 años". *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 79(4): 284-290.
- GERMAN, J. C. Y WATERSON, D. J. 1976. "Colon interposition for replacement of esophagus in children". *Journal Pediatric Surgery*, 11: 227.
- GIBBS, L.; WATERS, E.; SHERRAD, J.; OZANNE SMITH, J.; ROBINSON, J.; YOUNG, S., Y HUTCHINSON, A. 2005. "Understanding parental motivators and barriers to uptake of child poison safety strategies: a qualitative study". *Injury Prevention*, 11(6): 373-377.
- GIMENIZ PASCHOAL, S. R.; PEREIRA, D., Y NASCIMENTO, E. 2009. "Efecto de una acción educativa sobre el conocimiento de los miembros de una familia relacionado con quemaduras infantiles en un ambiente doméstico". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3): 341-346.
- GREEN, J. 1997. "Risk and the construction of social identity: children`s talk about accidents". *Sociology of Health & Illness*, 19(4): 457-479.
- HIJAR, M.; CHU, L. D., Y KRAUS, J. F. 2000. "Cross-national comparison of injury mortality: Los Angeles County, California and Mexico City, Mexico". *International Journal of Epidemiology*, 29(4): 715-721.
- HIPPISLEY COX, J.; GROOM, L.; KENDRICK, D.; COUPLAND, C.; WEBBER, E., Y SAVELYICH, B. 2002. "Cross sectional survey of socioeconomic variations in severity and mechanism of childhood injuries in Trent 1992-7". *BMJ*, 324: 1132.
- HYDER, A.; BORSE, N.; BLUM, L.; KHAN, R.; EL ARIFEEN, S., Y BAQUI, A. 2008. "Childhood drowning in low — and middle — income countries: urgent need for intervention trials". *Journal of Pediatrics and Child Health*, 44: 221-227.
- HYDER, A.; SUGERMAN, D.; PUVANACHANDRA, P.; RAZZAK, J.; EL SAYED, H.; ISAZA, A.; RAHMAN, F., Y PEDEN, M. 2009. "Global childhood unintentional injury

- surveillance in four cities in developing countries: a pilot study". *Bulletin of the World Health Organization*, 87(5): 345-352.
- JOHNSON, D. Y KRISHNAMURTHY, S. 1998. "Severe pediatric head injury: myth, magic, and actual fact." *Pediatric Neurosurgery*, 28: 167-172.
- KANCHAN, T.; MENEZES, R., Y MONTEIRO, F. 2009. "Fatal unintentional injuries among young children a hospital based retrospective analysis". *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 16(6): 307-311.
- KOUABENAN DONGO, R. 1998. "Beliefs and the perception of risks and accidents". *Risk Analysis*, 18(3): 243-252.
- LEE, L. K. Y THOMPSON, K. M. 2007. "Parental survey of beliefs and practices about bathing and water safety and their children: guidance for drowning prevention". *Accident Analysis & Prevention*, 39(1): 58-62.
- LOURENÇO, J.; FURTADO, B., Y BONFIM, C. 2008. "Exogenic poisoning in children assisted in a pediatric emergency unit". *Acta paulista de Enfermería*, 21(2): 282-286.
- MAIER, H. 1971. *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- MORRONGIELLO, B. A.; ZDZIEBORSKI, D.; SANDOMIERSKI, M., Y LASENBY-LESSARD, J. 2009. "Video messaging: what works to persuade mothers to supervise young children more closely in order to reduce injury risk?". *Social Science & Medicine*, 68(6): 1030-1037.
- NORRIS, B. Y WILSON, J. R. 2003. "Preventing drowning through design — the contribution of human factors". *Injury Control and Safety Promotion*, 10 : 217-226.
- ORUÈ, C.; ACHUCARRO, C.; ESPINOLA, M.; ARIAS, C., Y GONZÁLEZ, J. 1999. "Ingestión de cáusticos en niños". *Pediatría*, 26(1):10-16.
- PEARSON, J. Y STONE, D.H. 2009. "Pattern of injury mortality by age-group in children aged 0-14 years in Scotland, 2002-2006, and its implications for prevention". *BMC Pediatrics*, 9: 26.
- PFEFFER, K. 1991. "Developmental and social factors in Nigerian children's accidents". *Child: care, health and development*, 17: 357-365.
- . 2005. "Children's unintentional injury in cultural context". *IFE Psychologia*, 15(2): 35-52.
- PORTER, T. R.; CRANE, L. A.; DICKINSON, L. M.; GANNON, J.; DRISKO, J., Y DIGUISEPP, C. 2007. "Parent opinions about the appropriate ages at which adult supervision is unnecessary for bathing, street crossing, and bicycling". *Archives Pediatrics of Adolescent Medicine*, 161(7): 656-662.
- PRESSLEY, J. C.; BARLOW, B.; KENDIG, T.; PANETH POLLAK, R. 2007. "Twenty-year trends in fatal injuries to very young children: the persistence of racial disparities". *Pediatrics*, 119(4): e875-e884.
- SECRETARÍA DE SALUD / DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD. 2008. *Principales causas de mortalidad en edad preescolar, 2008. Nacional*. México, D.F.: Secretaría de Salud.

- SERRADA FONSECA, M. 2007. "Integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño hospitalizado". *Educere*, 11(039): 639-646.
- SEVILLA, E.; LARIOS ARCEO, F.; NAVARRO PEÑA, J. M., Y CELIS, A. 2004. "Costo anual del tratamiento por quemaduras esofágicas en pacientes pediátricos". *Revista Médica del IMSS*, 42(2): 137-143.
- SEVILLA GODÍNEZ, R. E.; GÓMEZ, LOMELÍ, Z. M.; CHÁVEZ PONCE, B.; OROZCO VALERIO, M., Y CELIS DE LA ROSA, A. 2010. "Prevalencia de factores de riesgo para asfixias en el hogar relacionados con el nivel socioeconómico". *Revista Médica del IMSS*, 48(6): 639-644.
- SHAFFER, D. 2002. *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. México, D.F.: Thomson.
- SHOTAR, A.M. 2005. "Drug poisoning in childhood". *Saudi Medical Journal*, 26(12): 1948-1950.
- SINGH, G. K. Y KOGAN, M. D. 2007. "Widening socioeconomic disparities in us childhood mortality, 1969-2000". *American Journal of Public Health*, 97(9): 1658-1665.
- VALI, M.; LANG, K.; SOONETS, R.; TALUMAE, M., Y GRJIBOVSKI, A. M. 2007. "Childhood deaths from external causes in Estonia, 2001-2005". *BMC Public Health*, 7: 158.
- VÁZQUEZ, J. 2004. "Factores relacionados con la severidad en el niño politraumatizado". *Cirugía Pediátrica*, 17(1): 40-44.



CAPÍTULO 4

Mitos y realidades del proceso legal de divorcio

ALEJANDRO RAMOS ESCOBEDO

El proceso legal de divorcio por mutuo acuerdo: ni experiencia devastadora, ni apacible vivencia

Alrededor del divorcio suele existir una serie de ideas y creencias que, aunque no verificadas, llegan a ser consideradas como probables o, en algunos casos, como verdades. Algunas de estas ideas se relacionan con interrogantes que corresponden al mundo de los procedimientos legales: ¿El proceso legal de divorcio es habitualmente un acontecimiento complicado, tardado y costoso? ¿La ley de divorcio se encarga de que la disolución sea justa y equitativa? ¿En el divorcio siempre se impone la fuerza de la razón? ¿El divorcio es siempre un acontecimiento traumático? ¿En qué sentido el matrimonio es para toda la vida? Entre las ideas más comunes se encuentra el suponer que el divorcio significa mucho papeleo, pérdida de tiempo, riesgo económico de quedar sin un centavo y la falta de garantía de obtener resultados favorables. Llevar a cabo el divorcio legal fácilmente no significa que también será fácil en el plano emocional. La disolución familiar es un asunto del corazón pero también es un asunto legal (Folberg, Mine y Salem, 2004).

Lo cierto es que el divorcio es una experiencia que plantea exigencias extremas. Las parejas que se divorcian deben reorganizar sus relaciones durante la separación y después de ella. Necesitan reajustar cuestiones económicas y en ocasiones cambiar de domicilio. Estas personas deben encontrar intimidad dentro de otros marcos y, al mismo tiempo, mantenerse, de alguna forma, involucradas con sus hijos. Tienen que hacer frente a toda una gama de sentimientos tales como coraje, culpa, pérdida, alivio... y conservar o recuperar la confianza en sí mismas.

El presente capítulo trata acerca de los mitos y realidades del proceso legal de divorcio por mutuo consentimiento. La finalidad es señalar las ideas equivocadas más comunes en las personas y describir las principales realidades de este tipo de divorcio. Su importancia radica en que el desconocimiento sobre aspectos primordiales del divorcio es un hecho generalizado en la población. De manera particular, la información y nivel de conocimiento sobre el proceso legal de divorcio resulta vital en un asunto tan relevante y en el cual las personas involucradas deben tomar una serie de decisiones.

El capítulo pretende informar y describir realidades que acontecen en rededor del proceso de divorcio, pero de ninguna manera intenta sugerir que se deben tomar determinadas decisiones. A pesar de la importancia del divorcio en la vida de miles de mujeres y hombres en México, existe una ausencia notable de estudios acerca de él. Es indudable que las decisiones en el divorcio pueden ser vistas como acciones individuales, pero son de naturaleza social porque tienen implicaciones legales, económicas, psicológicas y familiares.

El fenómeno del divorcio involucra múltiples aspectos, entre los cuales se encuentran los legales, económicos, morales, sociales y emocionales. Esto hace que los mitos del divorcio puedan ser numerosos; algunos de estos mitos son influidos también por los rasgos culturales y la pertenencia a diferentes sectores sociales de la población. En virtud de la existencia de diferentes tipos de divorcio, es necesario aclarar que aquí sólo nos referimos a los mitos y realidades en torno al proceso legal del divorcio por mutuo consentimiento o también llamado divorcio por común acuerdo.

Algunos mitos de la vida cotidiana se refuerzan o desaparecen cuando las personas se enfrentan con las realidades. Por ejemplo, cuando la mujer se da cuenta de lo fuerte y capaz que puede ser para hacer frente a la separación o para desempeñar por vez primera un trabajo fuera del hogar, pero que la dependencia económica de su pareja se lo obstaculizaba. Otro ejemplo es la creencia de que una mujer sin un hombre es una persona incompleta o fracasada; a este respecto, las miles de jefas de familia en México demuestran todo lo contrario. La idea acerca de la necesidad de la presencia del padre para los hijos suele evaporarse en muchos casos en los que constituía el generador de reiterados episodios de violencia familiar.

Para este libro en particular, se entiende por mito cada una de las creencias acerca de diferentes aspectos de la vida pero que no siempre corresponden con la realidad. Muchas de ellas son especulaciones que la gente sostiene porque no tiene medios o intenciones de probarlas, o bien, porque debido a la casualidad cree obtener algunos resultados. Esto sucede en prácticas tales como la administración de algunos remedios caseros contra enfermedades, un gran número de prácticas supersticiosas para evitar la “mala suerte”, o bien, alimentos y bebidas rejuvenecedoras o que potencian la sexualidad, por ejemplo. En muchos casos, los mitos forman parte del sistema cultural y la gente los considera aspectos verdaderos. En

el anterior sentido, la contraparte de un mito será lo que efectivamente acontece en la realidad, sea ésta social, física o biológica. Es necesario advertir que algunos mitos forman parte de un sistema de creencias que suele otorgar explicaciones a diferentes eventos: la suerte, el infortunio, el destino, la fatalidad. Sobre todo en cuestiones de salud física y emocional algunos mitos mantienen un fuerte arraigo e influencia en la población.

Por lo tanto, por mito¹ también se entiende diversas creencias sin una cabal comprobación, acerca de diferentes aspectos de la vida, como pueden ser: salud-enfermedad, drogas, alimentación, sexualidad, violencia, leyes, equidad-inequidad, salud mental, vejez, entre otros, que como consecuencia de la casualidad, costumbre, especulación, ignorancia, superstición, hacen prevalecer y orientar determinadas actitudes y prácticas.

Lo que más temen las personas es aquello que no comprenden y sobre lo cual suelen hacer meras suposiciones. Eso mismo sucede con respecto al divorcio y en especial al proceso legal de divorcio. Con frecuencia, las decisiones de las personas se ven influenciadas por los mitos en los que creen. Algunos mitos del divorcio guardan una relación con la decisión o indecisión de divorciarse. Así por ejemplo, se conoce que muchas mujeres no obstante que viven matrimonios de maltrato y sufrimiento, declinan solicitar el divorcio porque conjeturan que serán las perdedoras en todos los aspectos. En este caso, lo que se impone es una serie de supuestos escenarios perjudiciales, los cuales en realidad no se conocen. De aquí que fácilmente se desarrolle una gran desconfianza de enfrentar algo acerca de lo que suelen referir consecuencias desfavorables. Por lo contrario, otras mujeres y hombres creen que el divorcio se resuelve demasiado pronto, por medio de la denuncia respectiva y algunas firmas, pero terminan por desistir al enfrentar los requerimientos y realidades del proceso. Otras personas se ven sorprendidas al experimentar que el proceso de divorcio no es el trámite azaroso o temible que habían conjeturado, e incluso se experimentan extrañeza al conocer los derechos y garantías que brinda la ley.

Los testimonios señalan que el proceso legal de divorcio no es una experiencia devastadora pero tampoco una experiencia tranquila y apacible. Las realidades del divorcio se encargan de proporcionar su dimensión, en ocasiones fría y clara, en ocasiones acalorada y emotiva.

Antes de exponer algunos mitos acerca del divorcio por mutuo acuerdo, es necesario aclarar algunas dudas con la finalidad de tener una panorámica general

¹ Debido al amplio desarrollo de la tradición antropológica sobre los mitos, es necesario aclarar que para este caso no se adopta el sentido tradicional del mito (del griego *mythos*, 'cuento') como relato de acontecimientos imaginarios y/o maravillosos, protagonizados habitualmente por seres sobrenaturales o extraordinarios, tales como dioses, semidioses, héroes o monstruos. Los mitos forman parte del sistema cultural, que los considera historias verdaderas. Su función es otorgar un respaldo narrativo a las creencias fundamentales de la comunidad (Lévi-Strauss, 1989; Kirk, 1985).

sobre el divorcio en México, tales como ¿el divorcio ha disminuido o crecido en los últimos años en el país? ¿México puede ser considerado un país de muchos divorcios?

En los últimos años, en México ha aumentado el número de divorcios, que de por sí ha sido alto.

En el transcurso de la década de los ochenta, el divorcio se convirtió en un fenómeno social más visible en las principales urbes de México, mostró consistencia en su frecuencia y mayor aceptación en diferentes grupos de la población. Durante la década de los noventa, manifestó un gradual ascenso, pero lo más importante es su consolidación, ya que alcanzó cifras significativas: 1993, 32,483 divorcios; 1994, 35,029; 1995, 37,455; 1996, 38,545; 1997, 4,792; 1998, 45,889; 1999, 49,271.

Los divorcios registrados entre los años 2000 y 2010 señalan un incremento, pero de igual forma el mantenimiento de un considerable número de divorcios, lo cual indica que se había convertido en un recurso común de disolución del matrimonio de forma legal: 2000, 52,358; 2001, 57,370; 2002, 60,641; 2003, 64,248; 2004, 67,575; 2005, 70,184; 2006, 72,396; 2007, 77,255; 2008, 81,851; 2009, 84,302; 2010, 86,042 (INEGI, 2010). Durante dichos años, las entidades que registraron más divorcios fueron el Distrito Federal, Estado de México, Chihuahua, Veracruz, Nuevo León, Jalisco y Guanajuato.

Una de las explicaciones lógicas del divorcio en México la constituye el hecho de que en el país ha persistido la tradición del matrimonio, incluso puede catalogarse todavía como una sociedad de muchos matrimonios: 2000, 707,422 matrimonios; 2001, 665,434; 2002, 616,654; 2003, 584,142; 2004, 600,563; 2005, 595,713; 2006, 586,978; 2007, 595,209; 2008, 589,352; 2009, 558,913; 2010, 568,632 (INEGI, 2010).

La institución social del matrimonio ha persistido como preferencia debido a la tradición y la costumbre, pero también debido a la presión social y a algunas ganancias económicas, sobre todo cuando hay niños involucrados (Cherlin, 1992). Además de la fuerza que conserva la tradición en la mentalidad de mujeres y hombres, muchas parejas reciben presión de familiares y amigos para que se mantengan dentro de la costumbre. Por otra parte, cuando existen hijos de por medio, el matrimonio representa un sistema de organización y estrategia económica probada para su cuidado y manutención en comparación con hogares conducidos por sólo uno de los padres. Por lo común, el matrimonio civil y el religioso se consideran complementarios, pero también se continúa pensando que es lo correcto; sobre todo al matrimonio religioso continúa considerándosele en ocasiones como un restaurador de valores, como en el caso de embarazo previo.

Entre el lapso de 2000 a 2010, Jalisco ocupó predominantemente el sexto o el quinto lugar en divorcios a escala nacional. Para 2006, año en que se registraron 72,396 divorcios en México, Jalisco se instaló en el cuarto lugar con 3,976 divorcios. En 2007 y 2008 ocupó nuevamente el quinto lugar con 4,288 y 4,429

respectivamente. Para 2009 y 2010 obtuvo el sexto sitio con 4,167 y 4,340 divorcios respectivamente (INEGI, 2010). Si bien se ha concebido a Jalisco como una sociedad tradicional y conservadora, los índices de divorcio resultan ser uno de los indicadores que muestran que algunos valores están sufriendo cambios importantes en las nuevas generaciones de parejas.

Por otra parte, en México, el divorcio por mutuo consentimiento es la forma por la cual tienen lugar la mayor proporción de disoluciones conyugales.

La ley de divorcio presenta diferencias en los distintos estados del país. Así por ejemplo, el llamado divorcio exprés es una realidad en la ciudad de México pero no en los demás estados, el divorcio administrativo no existe en todos los estados, y el juicio oral es permitido sólo en contados estados. Durante marzo de 2001, la Suprema Corte de la Nación eliminó la infidelidad como delito y sólo quedó como una causal de divorcio. El Código Civil de Jalisco contempla el divorcio administrativo, el divorcio contencioso y el divorcio por mutuo consentimiento. Para poder tramitar el divorcio administrativo los requisitos son: tener mayoría de edad; repartirse por igual entre ambos cónyuges los bienes materiales y económicos, es decir, lo que se llama “liquidación de la sociedad conyugal”; no haber procreado hijos y que la mujer no se encuentre embarazada. Este tipo de divorcio se da por acuerdo recíproco o de manera voluntaria, presentándose como causal justificante la llamada “incompatibilidad de caracteres”.

En lo que atañe al divorcio judicial, su solicitud se realiza ante un juez de lo familiar, lo cual implica entrar en el terreno de lo judicial. El divorcio judicial contempla a su vez dos tipos de divorcio: el divorcio voluntario o por mutuo consentimiento (abordado aquí) y el divorcio necesario o contencioso. El divorcio voluntario ocurre cuando no existe controversia entre la pareja, esto es, existe acuerdo mutuo en su realización. En este tipo de divorcio, es necesario realizar acuerdos sobre varios aspectos, como custodia y pensión alimentaria cuando existen hijos menores de edad.

En cuanto al divorcio contencioso, es propiamente un juicio que sólo puede realizarse en los tribunales, ya que está de por medio la demanda de una de las partes contra la otra (por violencia, infidelidad, abandono del hogar, etcétera). El divorcio contencioso resulta ser el más costoso debido a la larga duración que puede alcanzar y a la necesidad de contar, en algunos casos, con la participación de otros profesionales, como médicos o psicólogos, a fin de que presenten testimonios que permitan corroborar o refutar pruebas referidas por alguna de las partes.

El Código Civil de Jalisco contempla 18 causales² por las cuales se puede

² 1. Infidelidad sexual, II. Hijos fuera del matrimonio durante su duración, III. Propuesta de prostitución del cónyuge, IV. Incitación a la violencia por el cónyuge, V. Actos inmorales para corromper a los hijos, VI. Padecer enfermedad crónica incurable, VII. Padecer enajenación psíquica incurable, VIII. Separación del hogar por más de seis meses sin justificación, IX. Abandono del hogar, X. Presunción de muerte, XI. La violencia intrafamiliar, XII. La incompatibilidad de ca-

solicitar el divorcio legal. Durante los últimos años, en Jalisco destaca la causal de divorcio por mutuo consentimiento.

Aunque el mutuo consentimiento está incluido en el Código Civil como una causal de divorcio, de acuerdo con los jueces, el mutuo consentimiento no es una causal sino una vía para disolver el matrimonio civil. Se le conoce también como divorcio voluntario porque ambas partes establecen de común acuerdo disolver el vínculo matrimonial. Para tener una idea de la importancia del divorcio por mutuo consentimiento, durante el periodo de 2000 a 2008, este tipo de divorcio continuó conformando más de 90% del total de divorcios en Jalisco. En 2006, de 3,976 divorcios, 3,593 fueron por mutuo consentimiento; en 2007, de 4,288 divorcios, 3,984 fueron por mutuo consentimiento, y en 2008, de un total de 4,429 divorcios, 3,883 fueron por mutuo acuerdo (INEGI, 2010).

Entre las razones de preferir el divorcio por mutuo consentimiento se identifican tres factores básicos. Primero, el bajo costo económico que representa para la institución gubernamental y para las parejas. Segundo, el reducido tiempo que lleva efectuarlo. Y tercero, la característica de discrecionalidad que ofrece a las parejas, esto es, las personas no están obligadas a contar los problemas sucedidos en el matrimonio. En los hechos, lo cierto es que una gran cantidad de casos que están orientados y cubren los requisitos para procesarse como divorcios contenciosos, cambian a divorcio por mutuo acuerdo debido a las ventajas mencionadas. Desde el punto de vista social, el divorcio, cualquiera que sea su tipo, constituye una de las experiencias más complejas, por la serie de aspectos que involucra durante y después del procedimiento legal.

Marco conceptual

El presente capítulo constituye un estudio centrado en el mundo de los actores sociales, es decir, se rescata la vivencia de mujeres y hombres que se han divorciado. Se parte de la idea de que la experiencia del divorcio es una acción simbólica y que el comportamiento humano involucra interpretaciones y significados.

En primer lugar, el divorcio es un producto cultural susceptible de ser estudiado, y de ser descifrados sus características y enigmas (Geertz, 1988). En segundo lugar, el divorcio es de manera particular una experiencia que impulsa hacia la expresión o comunicación con otros: “Somos entes sociales y queremos contar lo que hemos aprendido de la experiencia” (Turner y Bruner, 1986: 33-43). En

racteres, XIII. Negativa injustificada a dar alimentos, XIV. La acusación calumniosa hecha por el cónyuge, XV. Haber cometido un delito infamante cuya pena exceda más de dos años de prisión, XVI. Hábitos de juego, embriaguez o drogadicción, XVII. Delito contra el cónyuge o sus bienes, XVIII. El mutuo consentimiento.

tercer lugar, el divorcio constituye una experiencia en la que es necesario explicar motivos, intenciones y el carácter que tienen algunas decisiones en cuanto a ser contradictorias, paradójicas y animadas por las emociones de las personas. En una experiencia como el divorcio, las emociones no se pueden pedir a la carta (Elster, 1996); es decir, las emociones pueden llevar a comportamientos de los que no se prevén las consecuencias. Por lo tanto, es de una gran importancia advertir el papel que juegan las emociones en ocasión de tener que tomar decisiones que se supone deberían realizarse fundadas en la razón.

Los relatos de mujeres y hombres son, en este caso, ese lenguaje gracias al cual se comunica la experiencia y el conocimiento de la vida cotidiana. El divorcio constituye una experiencia a la cual las personas otorgan determinados sentidos. El conocimiento de sentido común de esa experiencia encierra innumerables interpretaciones sobre la realidad cotidiana (Berguer y Luckman, 1984). El divorcio es parte de la realidad del matrimonio; el matrimonio se convierte en la instancia central para la “construcción de la realidad” social: en la convivencia de hombre y mujer se construye un universo común de interpretaciones, valoraciones y expectativas (Beck y Beck, 2001).

La elaboración de las historias conyugales es un recurso que puede mostrar si en realidad el divorcio se lleva a cabo en términos de amistad y racionalidad, o para descubrir la presencia de una lucha de fuerzas entre la pareja, o el lugar de las relaciones y diferencias de género y las estrategias empleadas por mujeres y hombres para conseguir determinados fines.

El concepto de género se refiere a la interpretación social y cultural de las diferencias entre los sexos, o sea, a la construcción de lo femenino y lo masculino. La categoría género involucra una jerarquización en la cual las características y actividades asociadas con lo masculino reciben una mayor valoración (García y De Oliveira, 1998). Por su parte, el concepto de justicia se refiere a la virtud que nos hace dar a cada cual lo que le corresponde. La palabra *justicia* es sinónimo de derecho, equidad, imparcialidad, rectitud.

¿La justicia en el divorcio depende del arbitraje institucional? Existe la creencia de que la resolución de este tipo de conflictos a través de instituciones oficiales deja de lado las motivaciones personales y otorga a las decisiones un sentido de racionalidad y de justicia, en especial cuando se trata de asuntos relacionados con la protección económica y material para niños y mujeres.

¿Las decisiones en el divorcio están guiadas por un cálculo racional? Es conveniente comprender por qué las personas deciden con frecuencia tener pérdidas económicas y materiales en el proceso legal de su divorcio, es decir, en el divorcio no todo comportamiento se ve guiado por un cálculo o anticipación de la utilidad (Elster, 1999). Es necesario distinguir entre los intentos de llegar a un acuerdo mediante la discusión racional, en la que se supone que lo que cuenta es la “fuerza del mejor argumento”, del mecanismo de la negociación de convenios

(Elster, 1997). Por ejemplo, el que los niños pequeños queden bajo la custodia de la madre correspondería a la aplicación de la fuerza del mejor argumento. Por su parte, la aceptación de la madre de que la custodia de los hijos pequeños sea dividida correspondería al mecanismo de la negociación de convenios. En otras palabras, en las negociaciones del proceso legal de divorcio, no siempre resulta triunfadora la fuerza de la razón. Además, en muchas ocasiones, motivadas por resentimientos y estados emocionales, las personas toman decisiones aparentemente incomprensibles aunque sufran pérdidas. Para obtener determinados beneficios en el divorcio, en ocasiones se deben asumir ciertos costos.³

Metodología

La información y datos del presente estudio se obtuvieron de la observación directa del proceso legal de divorcio y la realización de entrevistas a mujeres y hombres del sector popular respecto al trámite de divorcio o que recién habían obtenido su divorcio entre los años 2006 al 2010. Además, se entrevistó a varios profesionales: dos jueces de lo familiar (un hombre y una mujer) y siete abogados (cinco mujeres y dos hombres) de la Sección Familiar de la Defensoría de Oficio del Supremo Tribunal de Jalisco, institución situada en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México. Con el término *profesionales* hacemos referencia específica a los abogados y jueces del Supremo Tribunal quienes llevan los casos de divorcio.⁴

Se decidió realizar el estudio en el Supremo Tribunal por la conveniencia de tener acceso en un mismo lugar a mujeres y hombres del sector popular, mayor facilidad para obtener el número de personas y entrevistas necesarias, y poder observar en vivo el proceso de divorcio en sus diferentes fases. La duración promedio del divorcio por mutuo consentimiento, que es de tres a cuatro meses, permite el estudio simultáneo de un conjunto de casos, en contraste con los divorcios por causas contenciosas, cuyos procesos llegan a durar en ocasiones más de dos años. Las entrevistas a los cónyuges fueron posteriores a la celebración del convenio de divorcio, esto es, después de que la pareja tomara las decisiones respecto a custodia, división de bienes materiales, pensión alimentaria y visita a los

³ Las obras publicadas en México sobre divorcio son contadas y corresponden a diversos enfoques: jurídico (Pallares, 1984; García, 1996), sociológico (Careaga, 1992; Ribeiro y Cepeda, 1991), histórico (Arrom, 1976 y 1988), clínico (Palacios, 1998), demográfico (Suárez López, 2000). Por otro lado, existe un buen número de estudios extranjeros relevantes (Becker, 1987; Cherlin, 1992; Kohler, 1990; Sarat y Felstiner, 1995; Simpson, 1998; Elster, 1999; Beck y Beck, 2001; Giddens, 1998).

⁴ A partir del día 1 de abril de 2007 la Sección Familiar pasó a formar parte de la llamada Procuraduría Social del Gobierno del Estado de Jalisco.

hijos. Una condición esencial para considerar válidos los datos y la información proporcionada por las personas estudiadas fue su libre voluntad de colaborar. En todos los casos se sustituyeron los nombres reales por seudónimos.⁵

Caracterización del divorcio por mutuo consentimiento

Uno de los propósitos de este capítulo es tratar de dar respuesta al mito que considera que el divorcio por mutuo acuerdo es siempre un evento complicado, tardado, costoso y traumático. Para tal fin, iniciemos con una pregunta fundamental: ¿cuál es el punto de vista de los profesionales que llevan a cabo los casos de divorcio por mutuo consentimiento?

El divorcio por mutuo consentimiento es “la manera más civilizada de divorciarse”, “menos desgastante emocionalmente”, “poco dañino”, “más práctico”, “rápido”, “sencillo”, “menos caro y ágil”.

Los anteriores calificativos del divorcio por mutuo consentimiento los expresaron los propios abogados del Supremo Tribunal encargados de llevar a cabo los procesos legales. Por lo común, siempre que se puntualizan aspectos distintivos del divorcio por mutuo consentimiento, se hace comparándolo y diferenciándolo del divorcio contencioso.

Aunque parezca algo obvio, para divorciarse es necesario que la persona compruebe haberse casado. El certificado de matrimonio constituye la evidencia requerida por el tribunal, y el documento sin el cual el divorcio no puede continuar. El divorcio por mutuo consentimiento puede ser solicitado cuando ambos cónyuges estén de acuerdo en divorciarse y tengan más de un año de casados. Una de las ventajas de esta modalidad es que la sociedad y el Estado no se enteran de las causas o motivos que llevaron a la pareja a la disolución conyugal. Es decir, el carácter discrecional de este tipo de divorcio tiene el sentido de preservar la integridad de la pareja y los hijos.

Una realidad importante es que un gran número de divorcios que fueron solicitados por medio de una demanda y por vía contenciosa, terminan por cambiar a divorcio por mutuo consentimiento debido a las ventajas de éste último. En el mutuo consentimiento no existe cónyuge culpable como sucede en el divorcio contencioso. La culpa atribuida a uno de los cónyuges por parte del otro, suele generar una serie de particularidades de orden legal, temporal, emocional y económico.

⁵ La muestra que se utilizó fue de tipo teórica (Strauss y Corbin, 1990: 201). Siguiendo a H. Russell Bernard, se utilizó la entrevista cara a cara, semiestructurada, a profundidad (Bernard, 1998). El tratamiento de la información se realizó por medio de una combinatoria de la técnica cualitativa del análisis de contenido (De Souza, 1995) y de la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 1990).

Mientras que el divorcio contencioso requiere de una demanda, cuyo proceso puede durar alrededor de uno y medio a dos años, en el de mutuo consentimiento la rapidez del procedimiento es una de las principales razones de que sea preferido. Se considera al divorcio por mutuo consentimiento la forma más civilizada porque no existe la obligación de narrar conflictos conyugales y motivos de divorcio por graves que hayan sido. El mutuo consentimiento es menos desgastante emocionalmente, porque aunque existen pugnas y discusiones, el tiempo que dura el trámite es mucho más breve que en el divorcio contencioso. De manera particular, el mutuo consentimiento es menos caro, y para las personas del sector popular puede resultar un trámite gratuito, siempre y cuando el tribunal compruebe la imposibilidad económica de costearlo. Con base en los factores anteriores, se considera menos dañino para ambas partes y para los hijos. Las conveniencias del divorcio por mutuo acuerdo pueden sufrir algunas variaciones, dependiendo de las características de cada pareja, de los acuerdos y convenios que establezcan, pero también de la ética y actuación de abogados particulares.

El mutuo consentimiento es más práctico por las escasas ocasiones en que las partes deben presentarse, los pocos documentos que deben mostrar y el breve tiempo que se requiere para su culminación. Además de la reunión del convenio de divorcio, el procedimiento de divorcio (artículo 83) prevé la realización de dos reuniones por parte del juez con el objeto de dar oportunidad a que la pareja se reconcilie. A estas reuniones se les denomina juntas de ratificación y advenimiento, es decir, las personas corroboran su voluntad de divorciarse o son ocasiones para expresar su interés de reconciliarse y suspender el procedimiento legal. Los documentos que se deben presentar son: acta de matrimonio civil, actas de nacimiento de los cónyuges y de los hijos, certificado de ingravidez expedida por una institución oficial e identificaciones oficiales. El hecho de que se señale como un divorcio práctico, también se refiere a que no se necesita presentar testigos o a los hijos para que proporcionen su versión de la relación de la pareja, como acontece en el divorcio contencioso. Producto de todo lo anterior, el divorcio por mutuo acuerdo es considerado rápido y sencillo.

Siempre y cuando el juez no haya dictado la sentencia de divorcio, la reconciliación de la pareja pone término al proceso de divorcio en cualquier estado en que se encuentre. Pero si alguno de los cónyuges determina solicitar de nueva cuenta el divorcio, deberán haber transcurrido tres meses con relación a la última vez que lo haya solicitado. Finalmente, para que los cónyuges que obtuvieron el divorcio puedan volver a contraer matrimonio deberá cumplirse un año a partir de la sentencia de divorcio. Muchas de las personas que solicitan el divorcio tienen ya una nueva pareja y les interesa contraer nuevas nupcias.

Aunque existen casos en los que el divorcio se resuelve con cierto grado de cordialidad entre los cónyuges, es pertinente advertir que la gran mayoría

de procesos de divorcio manifiestan incompatibilidades, antagonismos y lo que suele denominarse “desencuentros entre la pareja”. Por lo tanto, resulta oportuno exponer hasta qué punto el divorcio es tramitado en términos amigables.

Mitos y realidades sobre el divorcio por común acuerdo

Mito 1. El divorcio es resuelto en términos amistosos y cordiales

En rara ocasión ambas partes coinciden en tramitar el divorcio en términos de cordialidad y amistad. Detrás de aparentes divorcios cordiales, se encuentra el aleccionamiento de abogados particulares, o condicionamientos previos por parte de alguno de los cónyuges para que aquello se efectúe en una atmósfera de serenidad y colaboración mutua. Por lo común, algunos arreglos previos de las parejas son en realidad acuerdos verbales, que cualesquiera de los dos puede incumplir con extrema facilidad una vez que se ha conseguido el divorcio. El divorcio amistoso existe, pero no todavía de forma generalizada en la cultura mexicana.

En Estados Unidos está muy difundida la figura de la mediación, en donde equipos formados por profesionales como abogados, psiquiatras y psicólogos intervienen para limar asperezas y llegar a acuerdos económicos, materiales y de reorganización familiar conforme a los intereses de los involucrados. La mediación constituye un servicio privado que tiene un costo económico para los interesados y presenta varios modelos: facilitativo, transformativo, evaluativo, terapéutico, o combinaciones de los anteriores. Desde luego, cada uno tiene diferentes objetivos, metas y programas (Folberg, Mine y Salem, 2004). Muchas de las resoluciones llegan a tener consecuencias positivas para las relaciones interpersonales de los implicados. La mediación se concentra en destrabar impedimentos para que el divorcio se realice en las mejores condiciones posibles. Es oportuno señalar que durante los últimos años ha surgido en México la mediación como un servicio que ofrecen y prestan instituciones oficiales u organismos no gubernamentales, sin embargo, su propósito central es convencer a las parejas de que desistan del divorcio y restablezcan su matrimonio. Uno de los fines de este tipo de mediación es disminuir los costos económicos y de recursos humanos que representan los miles de divorcios para el Estado.

El hecho de querer divorciarse no significa estar completamente de acuerdo con los aspectos que involucra el proceso legal. En muchos casos, tanto el hombre como la mujer se muestran insatisfechos por los acuerdos que tienen que establecer durante dicho procedimiento legal. Algunas veces, las discrepancias y discusiones no son por cuestiones económicas sino por no permitir que el otro

imponga condiciones. Otras veces, porque les resulta imposible desprenderse de malos recuerdos y viejos rencores contra el otro.

En menor o mayor grado, mujeres y hombres se sienten afectados durante el proceso legal ya que puede resultar una experiencia desagradable, debido a que regularmente se torna en un acontecimiento caracterizado por divergencias y el establecimiento de una lucha de fuerzas entre la pareja.

Si bien la pareja no está obligada a relatar sus conflictos matrimoniales, es bastante común la expresión de acusaciones y recriminaciones durante las reuniones del procedimiento. La mayoría de parejas manifiestan actitudes de disgusto, desconfianza y desacuerdos durante el proceso legal. Lo anterior debido a la necesidad de tener que tomar acuerdos con la persona con quien por lo común finalizó su relación en términos áspers y conflictivos. Por lo tanto, el solo hecho de tener que encontrarse con la otra persona genera incomodidad y en ocasiones la necesidad de controlarse emocionalmente.

Debido a que en el mayor número de casos la mujer es quien solicita el divorcio, es común que el hombre tome este hecho como un agravio y que trate de poner un alto costo a su consentimiento de divorciarse. Si bien existen casos en los que a la persona le interesa concluir el divorcio de la mejor manera, es normal que el comportamiento y exigencias del cónyuge le haga entrar inevitablemente en discusiones y desacuerdos. En el caso de los hombres, es frecuente que sus comportamientos vayan desde no asistir a las reuniones programadas, imponer horarios incómodos de visita a los hijos, regatear el monto de la pensión alimentaria y rehusarse a la división equitativa de bienes materiales cuando éstos existen.

En el proceso de divorcio, la mujer da una mayor valoración a decisiones relacionadas con finalizar el divorcio y el cuidado y protección de los hijos, mientras que el hombre a decisiones que tienen que ver con no verse afectado económica y materialmente. El divorcio suele convertirse en una situación única en la que emergen los valores de hombres y mujeres.

En el divorcio, los valores suelen mostrarse mediante las decisiones que se toman. La reunión clave del mutuo consentimiento es el llamado convenio de divorcio, sesión en la que se fijan los puntos correspondientes a la custodia, pensión alimentaria y repartición de bienes materiales.

Por lo general, la mujer prefiere tener pérdidas materiales y económicas porque considera que puede esfumarse la oportunidad de finiquitar el matrimonio, pero también porque el divorcio significa otro tipo de ganancias simbólicas, como libertad, tranquilidad emocional, desagravio... Aunque la custodia de los hijos en manos de la mujer representa en algunos casos cierto costo emocional para el hombre, en la generalidad de los casos, la custodia no se pone a discusión. Lo anterior se debe a la combinación de factores como la actitud de conveniencia o comodidad del hombre, el sentido de protección de la mujer sobre los hijos, y señalamientos de la ley en cuanto a hijos menores de edad. De manera general,

cuando hay niños pequeños, para la mujer resulta inimaginable que sus hijos pudiesen quedar bajo la responsabilidad del hombre. La mayoría de veces en que el hombre discute la custodia de los hijos pequeños lo hace por dificultar las cosas a la mujer, pero en el fondo no le interesa quedarse con sus hijos debido a todo lo que esto implica.

Las actitudes del hombre con respecto a decisiones económicas pueden ser consecuencia de las características vividas en la relación marital, pero también están seriamente vinculadas con cuestiones de desempleo, trabajo eventual, bajo salario, y en ocasiones, con la existencia de otra pareja e hijos. Si bien no siempre sucede, la problemática laboral y económica de algunos hombres es tan evidente que los propios representantes de la ley optan por permitir una ilegalidad con el objetivo de que el divorcio llegue a su término. Esto es, se determina una cantidad económica aunque de antemano se sabe que el hombre no la podrá pagar. Existen casos en que la mujer tiene que aceptar pensiones fantasmas o pensiones más bajas que las asentadas en el convenio de divorcio. Quienes resultan perjudicados en este tipo de decisiones son la mujer y los hijos (Ramos Escobedo, 2008). Un buen número de historias señalan que conforme fueron transcurriendo los meses, el cumplimiento de la pensión alimentaria fue disminuyendo y volviéndose intermitente hasta desaparecer por completo.

Como se señalaba, las disputas en el convenio de divorcio dan lugar a la expresión del tipo de valores que subyacen en las decisiones de mujeres y hombres. La cultura insta al hombre a no perder ante la mujer pues continúa valorándose más el honor y el prestigio masculinos. El hombre aprende que no debe perder ante la mujer porque eso resultaría un descalabro a su orgullo e incluso un hecho vergonzoso ante sus amigos y familiares.

No obstante que la pareja haya contraído nupcias bajo el régimen de bienes mancomunados, caso en el que ley ordena que los bienes se repartan en partes iguales, es frecuente que el hombre no esté dispuesto a ceder nada porque considera que todo es suyo por el hecho de que él los pagó. Por lo común, su rechazo se vuelve más fuerte al pensar en la probabilidad de que la mujer vaya a compartir dichos bienes materiales con una nueva pareja.

De esta forma, cuando el hombre tiene que dividir bienes materiales, acepta inconforme o busca establecer acuerdos fuera del convenio con el fin de proteger dichos bienes. Por su parte, la mujer, cuando se ve presionada, prefiere perder bienes y da prioridad a que el divorcio llegue a su término. En arreglos privados, la esposa puede por esa razón tener que aceptar un mal arreglo financiero con el fin de no tener ningún problema en lo referente a la custodia de los hijos y la consumación del divorcio. La determinación de la mujer —de sector popular— de aceptar pérdidas económicas no puede comprenderse sin saber que en su decisión hay factores como el apoyo familiar que se le brinda durante la separación y el proceso legal. Las redes sociales de apoyo consisten en intercambio de bienes,

servicios e información económicamente relevante entre miembros (Lomnitz, 1997). El apoyo familiar puede consistir en proporcionar alojamiento, cuidar niños, dar dinero o alimentación.

Hombres y mujeres tienen un considerable desconocimiento de la ley y el proceso legal de divorcio. Algunos cónyuges no saben la trascendencia de ciertos comportamientos que ya han tenido, tales como vender cosas, dejar el hogar, firmar documentos o vivir y procrear hijos con una nueva pareja. La mayoría de estas personas enfrentan por vez primera una experiencia con el mundo de lo legal, procedimientos sobre los cuales no tienen conocimiento ni dominio.

Muchas personas nunca antes habían estado involucradas en un asunto legal, necesitado los servicios de un abogado o estado en oficinas gubernamentales. Así, el divorcio representa su primer involucramiento en un proceso legal. En consecuencia, para muchos hombres y mujeres el divorcio es el comienzo de un aprendizaje de lo legal (Sarat y Felstiner, 1995). Dicho aprendizaje corre a cargo de los profesionales, de su experiencia, disponibilidad y a veces de su tolerancia. De forma regular, los abogados particulares no proporcionan toda la información a sus clientes porque así conviene a sus intereses. El conjunto de aspectos anteriores explica en gran parte el hecho de que muchas personas lo que más desean es que el divorcio termine lo más pronto posible.

El desconocimiento de las mujeres acerca de sus derechos en un proceso legal de divorcio es frecuente, y eso se debe en gran parte a condicionantes culturales como el hecho de dedicarse en mayor medida al hogar, mientras que los hombres están más informados sobre el tema del divorcio porque su trabajo les permite tener un mayor número de relaciones e información. Parte importante de esta mentalidad de la mujer en lo que se refiere al divorcio la confirma la abogada N: “Ellas sienten que, como siempre fueron amas de casa y él siempre fue el que trabajó, es dueño de todo, pero no saben de una forma u otra todavía los derechos, aun [si son] de clase media. No saben por completo”.

Como antes fue señalado, no obstante haber contraído matrimonio por el régimen de bienes mancomunados, uno de los desconocimientos más frecuentes del hombre consiste en creer que los bienes materiales le pertenecen por el hecho de haberlos comprado. Sin embargo, aun conociendo que la mujer tiene derecho al 50% de los bienes materiales, la resistencia del hombre se ve reforzada por actitudes personales orientadas a desproteger a la mujer lo más posible.

Mito 2. El divorcio se trata de estampar algunas firmas y el asunto queda concluido. El interesado puede incluso ser representado por otra persona

De acuerdo con la ley, el divorcio es un asunto *intuito personae*, o sea, debe asistir la persona involucrada, no es posible que sea representada o sustituida por ninguna otra. En su caso, si los cónyuges dejan pasar más de tres meses sin con-

tinuar el procedimiento, el tribunal declara sin efecto la solicitud y el expediente se manda archivar.

A menudo, las ideas equivocadas sobre divorcio pueden ser producto de lo que la persona observó en algún programa televisivo, como las telenovelas, por ejemplo, en las que es común que se proyecten situaciones atípicas y que no corresponden a la realidad cultural propia. También llega a suceder que la persona recibe información tergiversada de algún familiar o amigo, quien a su vez puede omitir detalles importantes o exagerar aspectos del proceso de divorcio. Por otro lado, no es extraño que se piense que los recursos del abogado particular o la cultura de corrupción y de los “arreglos” en privado, pueden evitar a la persona tener que acudir a la institución y oficinas donde se efectúa el procedimiento legal.

Mito 3. El matrimonio termina legalmente con el paso de los años

Algunas personas consideran que el matrimonio legal termina, es decir, prescribe, con el paso de los años, o sea que se anula con el tiempo y que no es necesario tramitar la disolución legal. Hombres y mujeres piensan de esta forma porque luego de vivir con otra pareja e incluso haber procreado hijos, nunca fueron requeridos por la ley. Para otras parejas, el matrimonio verdaderamente válido es el religioso, por lo tanto, desatienden el aspecto legal puesto que consideran de mayor peso e indisoluble al matrimonio religioso. La realidad es que el matrimonio civil no prescribe con el transcurrir del tiempo y las personas continúan legalmente casadas sin importar la cantidad de años de separación que hayan transcurrido.

Mito 4. La resolución del divorcio a través de instituciones oficiales deja de lado las motivaciones personales y otorga a las decisiones un sentido de racionalidad y justicia, máxime cuando se trata de asuntos relacionados con la protección económica y material de niños y mujeres. En las negociaciones del proceso legal de divorcio siempre triunfa la fuerza de la razón

Muchas personas creen que la institución oficial actúa como árbitro, evita los caprichos personales y posibles abusos, y en su lugar toma las resoluciones justas que benefician a los hijos y a cada una de las partes. Sin embargo, un aspecto de suma importancia es que abogados y jueces no tienen forma de conocer arreglos privados de las partes llevados a efecto de forma externa al proceso legal y que suelen ser acuerdos verbales, muchas veces injustos para una de las partes. Estos arreglos privados están sustentados en acuerdos mutuos pero también en amenazas o chantajes, los cuales son acallados con facilidad. De esta forma, la mujer suele aceptar acuerdos e incluso ciertos beneficios de parte del hombre, a cambio de ventajas para él como el hecho de no relatar los conflictos conyugales. Por ejemplo, durante el desarrollo de la reunión del convenio de divorcio, Guillermo

(de 42 años, comerciante) interrumpió a Alicia su esposa (de 40 años de edad, dedicada al hogar) justo en el momento en que ella comenzaba a dar detalles de su relación matrimonial. Para tal fin, Guillermo advertiría a su todavía esposa que podría decidir dar menos dinero para la pensión alimentaria: “No cuentes la historia familiar, estamos en lo que te voy a dar ... si quiero te doy menos. A partir de mañana gano el salario mínimo. Se trata de un porcentaje”.

Determinados aspectos de injusticia o inequidad pueden ser producto de estados emocionales. Es frecuente que algunas decisiones no se realicen con plena serenidad o luego de haberlas reflexionado. La intervención del aspecto emocional está presente y define aspectos de trascendencia en el divorcio. En muchos casos, la situación emocional no corresponde a la intención de perjudicar al otro sino de salir de una situación sentida como nociva. Por ejemplo, Araceli describió el momento del convenio en que regatea a su esposo la pensión alimentaria y decide de forma súbita, y ante el asombro de su abogado, aceptar la cantidad que su esposo proponía, a pesar de ser una suma insatisfactoria. Lo anterior como consecuencia de querer concluir el divorcio de una vez por todas, por todo el desgaste que le había causado:

...él dijo que no, que no aceptaba mis condiciones, que era mucho dinero el que le estaba pidiendo. En ese momento lo que le dije fue, “Bueno, ¿cuánto dinero me quieres dar?”. “No, pues tanto.” “Ah, tanto. Sale”, le dije eso al licenciado. Levanta el papel y... “No me importa lo que digan, cuánto es ni nada; se lo voy a firmar.” Y mi licenciado se me quedaba viendo, le dije, “No, es que ya me cansé de todas estas situaciones” ... ya estaba cansada, porque me estaba cansando yo mucho físicamente, mentalmente, [y] moralmente me estaba yendo para abajo, mi autoestima estaba por los suelos y yo la quería recuperar... (núm. 5).

Como se indicaba, las emociones pueden llevar a comportamientos que no prevén las consecuencias. En el proceso de divorcio no es sorprendente que una persona arroje por la borda condiciones favorables al anteponer y tomar resoluciones basadas en aspectos de orgullo, estados de coraje e irritación emocional. De manera similar, es una realidad que cuando la persona siente envidia, desprecio o celos, tiende a afectar el bienestar de otra gente (Elster, 1999). Es así cuando en ocasión de frustrar los deseos del otro se toma alguna determinación que incluso tiene un costo para quien decide. Un antiguo consejo señala: “No tomes decisiones cuando estés enojado”, sin embargo, las características particulares del proceso de divorcio y la situación emocional acaban por hacer desear que el trámite termine lo antes posible.

Apelar a la ley no necesariamente acarrea consecuencias justas para alguno de los cónyuges.

De forma particular en parejas del sector popular, la aplicación de la ley en el divorcio por mutuo acuerdo no siempre es justa para la mujer, ya que ésta puede

tener pérdidas económicas y materiales trascendentes debido al tipo de decisiones que tiene que tomar. Las diferencias de género y la particularidad de la ley y del procedimiento de divorcio pueden situarla frecuentemente en desventaja (Ramos, 2008). El juez D corrobora de manera clara y precisa este aspecto de la ley, que difícilmente llegan a comprender mujeres y hombres: “Nosotros tenemos que aplicar la norma, simple y sencillamente porque son tribunales de derecho, no tribunales de justicia. A veces al aplicar la norma se cometen injusticias”.

La reunión denominada “convenio de divorcio” es de suma trascendencia puesto que cada cónyuge procura llegar a acuerdos lo más benéficos posibles, pero el beneficio puede tener varios sentidos. El aspecto benéfico de los arreglos puede involucrar lo económico y lo material, pero también otros aspectos simbólicos, como conquistar el divorcio, desligarse de la persona, obtener tranquilidad emocional, entre otros. De esta forma, en ocasiones a la persona no le interesa obtener resultados equitativos o justos, sino benéficos. Tal y como lo ilustra la abogada L, el sentido de justicia para cada cónyuge depende directamente de las decisiones que tome: “Un proceso de divorcio por mutuo consentimiento es voluntad de partes; ahí la justicia te la haces tú solo en el momento de redactar el convenio”.

Por consiguiente, muchas veces la justicia no depende del arbitraje institucional, o sea de abogados y jueces del tribunal, sino de las decisiones que tomen y acuerden los cónyuges en el convenio. En este caso, lo que hace la ley es consentir los acuerdos de la pareja. La anterior afirmación de la abogada está relacionada con el hecho de que los acuerdos a los que llega la pareja son aceptados por el juez, siempre y cuando se apeguen al marco legal. Si una persona acuerda declinar la parte de bienes materiales y económicos que le corresponde, el juez lo acepta y no investiga los motivos que esta persona tuvo para tomar dicha decisión. Si la pareja está de acuerdo en repartirse el cuidado de los hijos pequeños, por ejemplo, que el niño permanezca con el padre y la niña con la madre, de igual forma, el juez acepta esta resolución, previendo la inexistencia de condiciones irregulares en el comportamiento de los padres, y el bienestar de los pequeños. La experiencia señala que existen casos en los que mujeres u hombres aceptan pérdidas económicas y materiales, sobre todo cuando obtener el divorcio significa no tener dificultades legales para establecerse con una nueva pareja. Sin embargo, en la mayoría de estos casos, los motivos de fondo al aceptar tener pérdidas materiales y económicas no llegan a ser sabidos.

Sobre las decisiones y acuerdos de la pareja en un convenio de divorcio, la juez M destaca: “En materia de convenios, lo que acuerden las partes es la suprema ley, y esto es un convenio. La voluntad de las partes es la suprema ley en los contratos, por eso es lo que ellos digan”. De esta forma, los acuerdos privados entre las partes y al margen del proceso legal pueden incluir posibles caprichos personales, resentimientos o algún tipo de chantaje, que el juez del caso no llega a conocer.

La experiencia del divorcio demuestra que por lo general a la mujer no le importan las consecuencias económicas y materiales negativas cuando de manera consciente adopta decisiones basadas en otro tipo de beneficios, como es el hecho y significado de quedar divorciada: “Lo que ya quería era divorciarme; o sea, hubiera acuerdos a favor mío o no, yo lo que quería era divorciarme, era lo único que me interesaba” (núm. 1). Aunque desde el punto de vista legal lo anterior resulte injusto, la renuncia a ciertos derechos puede obedecer a que se valore más el quedar desligada legalmente de la pareja o, como se señaló anteriormente, el hecho de quedar en situación civil propicia para establecer una nueva relación de pareja.

Mito 5. La ley vigila y obliga al hombre a cumplir con el pago de la pensión alimentaria de los hijos menores de edad

Cuando existe una demanda legal y las circunstancias y testimonios así lo ameritan, la ley contempla acciones concretas para obligar al hombre a pagar la pensión alimentaria. Sin embargo, el incumplimiento de la pensión alimentaria es frecuente en los distintos sectores socioeconómicos.

El incumplimiento de la pensión alimentaria por parte del hombre es un hecho reiterado y conocido, y tiene dos aspectos trascendentes. En primer lugar, dicha omisión está asociada con el hecho de que en el proceso de divorcio la pensión alimentaria se acuerda sólo por cubrir el requisito legal, con el fin de que el divorcio no se detenga. Algunas veces, la decisión sobre la pensión resulta sólo una formalidad. Con relación a este tipo de quebrantamiento, el juez D reconoce: “En la mayoría [de los casos] incluso la cláusula relativa a la pensión alimenticia ni siquiera se cumple, nomás se está cumpliendo el requisito para que admitan la solicitud, llenar el requisito de la pensión alimenticia pero no se cumple, ni siquiera se está pagando”.

En segundo lugar, a pesar de contar con una situación económica difícil, entre otras de las razones que explican por qué la mujer renuncia a bienes económicos y materiales se encuentran: el deseo de que el divorcio llegue a su fin, de no tener nada que ver con el esposo después del divorcio, y que se vale de recursos propios por tener un trabajo remunerado y el apoyo de su familia. Por lo común, en la mayoría de casos de mujeres de sector popular es una combinación de todas las anteriores.

No obstante recibir pagos esporádicos o nulos de pensión alimentaria, muchas mujeres no demandan a su expareja porque consideran que son trámites legales tardados, por no verse de nueva cuenta en situaciones legales desagradables, ni conceder justificación a la expareja para revivir algún tipo de relación o acercamiento.

Empero haber contraído nupcias por el régimen de bienes mancomunados, es frecuente que el hombre se oponga a dividir bienes materiales, basado en la idea de que él los pagó y le pertenecen.

Cuando existe una casa propia en juego, es común que el hombre se resista a ceder a los hijos la parte que le corresponde, para evitar que su esposa vaya a llevar a vivir ahí a una nueva pareja. Acerca de esta particular forma de actuar del hombre en el divorcio, la abogada N testifica: “El señor siempre manifiesta que no está de acuerdo en que al rato ella vaya a meter a otra persona a vivir a una casa que a él le costó mucho trabajo”.

Entre parejas del sector popular, en situación de divorcio es común que sea la mujer quien deje el hogar conyugal para el rompimiento definitivo. Como consecuencia, el hombre queda en ventaja y posesión del inmueble, del menaje y otros objetos.

En esta clase de enfrentamientos se pone de manifiesto que la mentalidad del hombre es alimentada por la propia cultura, la cual impone la idea de que no debe perder ante la mujer para salvar su orgullo, así sea adoptando conductas hostiles y ventajosas. Un ejemplo de este tipo de actitud queda expuesto en el testimonio de Beto. Esta persona admitió abiertamente que la motivación principal para no dejarles la casa a su esposa y sus hijos radicaba en la idea de que otro hombre fuese a beneficiarse de ello: “...mi casa, no me hace falta, sólo es por capricho, vaya, porque en la casa se mete su familia, quien sea, menos yo. Yo no quiero... para que si algún día llega a tener novio pues que no lo meta a mi casa pues que yo finqué...” (núm. 17).

Mito 6. El divorcio legal es un evento dañino y traumático en especial para la mujer

A la hora de contraer matrimonio, muchas personas albergan de manera natural incertidumbres sobre la economía, los hijos, las relaciones parentales, etcétera; sin embargo, la gran mayoría se casan con el deseo de que sea para toda la vida. En nuestra cultura, el matrimonio es una de las grandes empresas de la vida, es una meta de realización personal y compromete, de alguna forma, a seguir determinadas tradiciones y costumbres. En otras palabras, es un suceso de significado excepcional en la vida de cada hombre y mujer.

En el otro lado de la moneda, es decir, a la hora de experimentar el divorcio, depende de lo que se haya vivido en el matrimonio y del significado particular que haya adquirido, cada persona presenta diferentes reacciones, fortalezas y fragilidades. El aspecto traumático, cuando existe, puede que se haya presentado durante los primeros años o hacia la parte media de la vida matrimonial y no necesariamente durante el tiempo del procedimiento legal de divorcio. Por lo tanto, lo anterior puede significar que al momento del proceso legal se hayan superado etapas de angustia, sufrimiento, y que se haya llegado a condiciones emocionales de mayor estabilidad. Por lo común, para alguna de las partes, obtener el divorcio representa una forma simbólica de compensar y reparar agravios sufridos. Para

otros, resulta una ofensa al haberseles atribuido la responsabilidad de hechos deshonestos y vergonzosos. Pero también habrá que señalar la existencia de personas que, más allá de culpabilizar o hacer pagar algún costo a la pareja, lo único que desean es disolver el compromiso legal. Por otro lado, resulta indudable que existen casos en los que el divorcio legal viene a representar el remate letal de un proceso conyugal difícil. El rompimiento matrimonial es ciertamente frustrante, y el divorcio es culturalmente un drama, por todo lo que involucra: hijos, afectividad, economía, sexualidad, sentido de la vida; sin embargo, cada persona cuenta con diferentes potenciales y recursos por medio de los cuales enfrenta e intenta remediar la tensión y el perjuicio que tales experiencias generan.

En primer término, es necesario señalar que el papel de hombre o mujer tiene que ver en la forma como los cónyuges interpretan la vivencia del divorcio. En alguna medida, el hecho de ser hombre o mujer se ve reflejado en pautas que obedecen a condicionamientos culturales y que son manifestadas ante determinadas experiencias como el divorcio. Por ejemplo, culturalmente, el divorcio tiene un mayor significado de fracaso para la mujer y ella es quien también recibe mayor presión social; baste mencionar la connotación social y moral que continúa adjudicársele a una mujer divorciada. De manera similar, se piensa que el divorcio afecta sobre todo a la mujer y que psicológicamente es ella la parte más frágil en el rompimiento marital. Lo cierto es que las mujeres que tienden a sufrir más el divorcio son aquellas que fueron educadas bajo la mentalidad de que una mujer sola o divorciada no es nadie o es una mujer fracasada, o las que en el matrimonio fueron totalmente dependientes del esposo y que inician el divorcio legal de forma inmediata a la separación.

El proceso de divorcio por mutuo acuerdo puede resultar un trámite incómodo, incluso conflictivo, pero es muy diferente a considerar que siempre es un hecho traumático, es decir que perturba y desestabiliza emocionalmente a la persona. La condición emocional durante el proceso de divorcio depende de varios factores, tales como el tipo de matrimonio vivido; el tiempo transcurrido desde la separación definitiva; los logros laborales, económicos, morales, familiares durante dicho tiempo de separación. De igual forma, de los factores anteriores depende la superación y recuperación emocional cuando ésta se ve malograda.

El relato de algunas mujeres señala que la experiencia del divorcio no siempre llega a tener una representación de desastre. Por ejemplo, a escasos dos meses de haber obtenido el divorcio, Saby utilizó la expresión “felizmente divorciada”, parodiando la costumbre de la mujer de responder acerca de su estado civil con la expresión “felizmente casada”. Y de esta manera resumió una actitud de satisfacción luego de haber obtenido el divorcio legal: “...yo me he sentido muy bien, de hecho cuando me preguntan mi estado civil [contesto]: ‘felizmente divorciada’, es lo que les digo...” (núm. 1).

Cuando la pareja se separa y alguno de los dos deja el hogar, la situación emocional suele ser muy diferente de la circunstancia emocional que experimentan

las personas al momento de participar en el procedimiento legal de divorcio. Por lo general, la angustia y el dolor suelen variar, mientras que otro tipo de sentimientos, como el resentimiento, puede resultar fortalecido.

En muchas parejas, transcurren largos años de separación antes de tener lugar el procedimiento legal. No representa el mismo costo emocional divorciarse de forma inmediata a la separación que divorciarse luego de varios años de separación. El costo emocional es diferente cuando la persona todavía se encuentra profundamente enamorada de su pareja, al de divorciarse luego de largos periodos de haber experimentado maltratos, violencia y humillaciones. Como se sabe, el debilitamiento o término del enamoramiento no es a voluntad, esto es, la persona enamorada no puede decir hasta aquí, desde hoy ya no te quiero, desde hoy he decidido ya no estarlo más (Alberoni, 2002). No resulta lo mismo divorciarse cuando incluso ya se han procreado hijos con una nueva pareja, tal como acontece con muchas personas. En algunos casos habrá que distinguir entre las dificultades y conflictos que crea una persona en el proceso legal por experimentar un fuerte enamoramiento, con respecto a las disputas producto de orgullos o resentimientos.

En algunos casos, una persona completamente deshecha por el fracaso marital y la separación, no tiene las condiciones anímicas y emocionales para asistir a tramitar su divorcio. La negación de su fracaso y sus deseos de reconciliación son tan intensos que lo último que hace es acudir a su divorcio legal. De esta forma, la persona que acude a formalizar su divorcio en cierto grado ya lo ha aceptado.

Mientras que la resolución positiva del proceso de divorcio se relaciona con periodos de separación amplios, logros positivos en varias esferas de la vida e incluso con la presencia de una nueva relación de pareja, el divorcio como evento traumático se asocia al hecho de haber transcurrido poco tiempo entre la separación y el inicio del proceso legal.

Es indudable que en este último caso, el proceso legal de divorcio puede representar pérdida, desvaloración, desgaste, máxime cuando la persona continúa abrigando ideas de reconciliación. El siguiente testimonio corresponde a una mujer quien experimentó el proceso de divorcio al poco tiempo de la separación de su esposo: "...el divorcio aun cuando ya lo pasé, ya lo viví, yo lo único que sé es que es algo que te acaba, te acaba; aun cuando quieras o no quieras a la persona te acaba, moralmente, económicamente, de todas maneras te acaba" (núm. 5).

¿Qué es lo que sucede por lo común en estos casos? Lejos de contar con un periodo de tiempo suficiente para reflexionar sobre todo lo que concierne al hecho, y lograr un cierto sosiego emocional, el rompimiento conyugal es concebido como un quebranto generalizado que daña por entero los intereses y la perspectiva de vida; todo lo habitual se torna fuera de control y la autoestima cae por los suelos. Así las cosas, el tener que transitar por el proceso legal de divorcio se convierte en un acontecimiento amargo y doloroso. La persona que enfrenta una demanda

de divorcio no está hecha a la idea de vivir sin la pareja, todavía es inimaginable para ella que su relación haya terminado. A pesar de aceptar acuerdos y términos del divorcio, continúa proponiendo la reconciliación, y sigue en espera de que suceda algo mágico y que la pareja dé marcha atrás.

Por otro lado, el hecho de visualizar el divorcio como un trance necesario para pasar a una situación de vida mejor, corrobora la presencia de imágenes de avance personal, sobre todo en la mujer, al momento del proceso legal. Los significados otorgados al divorcio señalan que no constituye una experiencia predominantemente traumática, pero de manera particular indican que emocionalmente la mujer no resulta la parte vulnerable que acostumbra concebirse en este tipo de enfrentamientos con el hombre. Conviene enfatizar que muchas veces el aspecto traumático existe pero se ubica en el pasado, es decir, en el tiempo de la vida matrimonial y en la separación o separaciones consecuentes.

El dolor que provoca la separación amorosa es a uno de los más profundos que puedan soportarse (Caruso, 1969). Es indudable que en algún momento de sus vidas, el rompimiento haya representado fracaso y una honda decepción; no obstante, lo que aquí se subraya es que de acuerdo con el examen de la narrativa de las mujeres participantes en este estudio, el trámite de divorcio no siempre representa una experiencia traumática. Tal vez, un aspecto que ha contribuido a que predomine dicha idea está relacionado con el hecho de que en épocas pasadas la mujer contaba con mayores desventajas y presiones sociales. El simple hecho de que propusiera el divorcio era tomado como un inusual atrevimiento.

Si bien ha prevalecido la idea de que el divorcio significa fracaso y consecuencias negativas, la mujer describe en su narrativa imágenes de consecuencias positivas de su divorcio y de una actitud optimista con respecto a encontrar una vida mejor. Expresiones tales como “nueva etapa”, “cambio”, “nueva vida”, “tranquilidad”, “nueva oportunidad”, “avance”, “libertad”, “liberación”, hablan de sentidos de renovación o posibilidad de transformación, pero también de una actitud que proyecta una nueva perspectiva de vida.

El hecho de manifestar una perspectiva optimista ante el proceso de divorcio, corrobora la presencia de una identidad restablecida. En la mayoría de casos, esto llega a ser el resultado de haber pasado por adversidades, retrocesos y momentos dolorosos (Ramos, 2008). Para algunas personas, superar experiencias como la del divorcio no resulta fácil ni se resuelve con tan solo desearlo, sino enfrentándolas y concluyéndolas.

Debido a que el divorcio en muchos casos significa culturalmente un fracaso, ser una mujer divorciada es una identidad difícil de aceptar y a lo cual suelen sumarse diversas formas de presión social.

Es un hecho evidente que el estigma de ser una mujer divorciada ha disminuido considerablemente con respecto a épocas pasadas. En la instauración de dicha circunstancia mucho ha tenido que ver el aumento de aceptación del

divorcio en los distintos sectores de la población, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la presencia de diversificación de la familia, el avance en derechos y equidad de género en algunas esferas de la vida. Sin embargo, ser divorciada continúa teniendo un aspecto difícil pues a veces la presión social se recibe de la propia familia, en el ambiente laboral, o en las relaciones y convivencia con los demás. Diferentes formas de hostigamiento y coerción continúan siendo frecuentes sobre todo para con mujeres divorciadas jóvenes o que se encuentran todavía en edad reproductiva. El siguiente testimonio muestra el carácter conservador y estigmatizante en el que puede verse envuelta una mujer divorciada: “Pero es muy difícil salir a la calle y ser una persona divorciada, es como, lo siento como un pecado que uno comete, más bien un delito, un delito y, me encerraron, pagué mi condena y salgo y la sociedad me sigue acusando” (núm. 5). Su explicación también habla acerca de ya no poder llevar una vida como cualquier otra mujer. La presión social experimentada terminó por hacerla sentir similar a una criminal.

Mito 7. La principal causa de divorcio es la infidelidad del hombre

En muchos casos, la primera causa de divorcio es el matrimonio mismo. ¿Qué es lo que se quiere decir con esto? Simplemente que es posible advertir que en la propia ideología del matrimonio y los matrimonios forzados o apresurados —por embarazo, o prisa por tener una vida sexual, por ejemplo— se encuentra muchas veces la gestación del divorcio. La expresión redundante acerca de que “la primera causa de divorcio es el matrimonio” tiene cierto sentido, ya que en numerosos casos desde su origen se reiteran las costumbres de desigualdad e inequidad entre hombres y mujeres.

En la descripción de su historia conyugal, las mujeres mostraron una tendencia a describir diversas causas y circunstancias por las cuales optaron por divorciarse, mientras que los hombres refirieron por lo común una razón central por la cual habían determinado divorciarse. En el relato de la mujer, el esposo figuró como el generador de las causas de divorcio, y en el relato de los hombres la esposa apareció como la provocadora de comportamientos que a la postre sirvieron para acusarlo y solicitar divorciarse. Entre las razones expuestas para divorciarse, las mujeres señalaron carencias y problemas económicos, violencia, falta de atención e infidelidades. Otros motivos importantes alrededor de las anteriores fueron la intromisión de familiares, alcoholismo y drogadicción (Ramos, 2008).

El análisis de la narrativa muestra que cuando se concede a la mujer la oportunidad de contar su historia conyugal, describe múltiples factores en torno a motivos y causas de divorcio, mientras que en circunstancias en las que sólo se solicitan datos generales para llenar formas de oficinas, la mujer acostumbra indicar etiquetas generales como: “Es que es irresponsable y agresivo”, “Es que es muy tomador”.

En su momento, la infidelidad del hombre fue un prestigio para él ganado a pulso, pero de acuerdo con lo encontrado en el estudio, hoy en día es una consecuencia de otros importantes motivos que la anteceden, o sea, la infidelidad continúa existiendo pero no constituye en todos los casos el motivo de fondo del rompimiento conyugal. En otras palabras, la infidelidad existe pero el divorcio es consecuencia de otras causas centrales, ya mencionadas.

La razón principal de que se tome la decisión de divorciarse la constituyen el factor económico y la violencia; por lo común es la mujer quien presenta esta queja y acude a solicitar el divorcio.

Como antes se indicaba, la infidelidad del hombre existe pero es una consecuencia que viene a sumarse a motivos fundamentales como el económico, la violencia y la falta de atención. En definitiva, “el hilo se revienta por lo más delgado” y normalmente esta parte corresponde a las dificultades económicas para solventar la vida matrimonial. La abogada A comenta: “Se dan muchos factores, de una forma u otra el primordial es el económico, definitivamente, o sea, ni cómo buscarle. Y ya de ahí se van derivando los golpes, las agresiones”.

La abogada N, de 27 años de edad y con cuatro años de experiencia en la Sección Familiar de la Defensoría de Oficio, señaló de manera puntual las razones por las cuales las mujeres toman la decisión de acudir a solicitar el divorcio: “Por lo general, la mayoría de las usuarias que han venido aquí es porque no les dan dinero y porque no les dan lo necesario, o sea, [los maridos] son muy irresponsables y de ahí se desprende que al rato tienen conflictos y empiezan a agredirse ya físicamente”. Sobre este mismo aspecto, el juez M asentó: “Casi siempre es el factor económico, eso es lo que se advierte; que así es porque no le dan al hijo, no le dan a la mujer. Y en segundo término, las injurias que se han dicho y que no quieren llegar a mayor. Éstas son las dos situaciones primordiales”.

La precariedad económica y condiciones de pobreza por largos periodos de tiempo, fueron los argumentos recurrentes en la narrativa de las mujeres sobre divorcio. Es oportuno recordar que algunos manejos del dinero por parte del hombre constituyen de forma evidente un tipo de violencia. Ana ofrece un testimonio de eso: “...él me dejaba por espacio de 15 a 22 días sola, sin dinero ... yo llegué a andar pidiendo limosna con ella en la calle, embarazada y con mi niño. Dije, yo tengo que sacar para comer, ni modo que vaya con mi mamá y le diga que no tengo para comer” (núm. 2).

Dado el nivel de incidencia y consecuencias nocivas de la violencia doméstica en nuestra cultura, resulta importante señalar algunos de los mitos que han contribuido a que se tengan ideas equivocadas sobre la misma.

Mito 8. La violencia dentro de la familia es relativamente rara y en todo caso refleja la psicopatología de ambas partes, es decir, del agresor y de la víctima. Por lo tanto, la violencia es puramente personal y no un problema social

En ocasiones, la tolerancia de la mujer a la violencia es confundida y señalada como patológica. Dicha tolerancia a la violencia frecuentemente obedece a factores como la dependencia afectiva de la pareja, existencia de hijos pequeños, dependencia económica, presión de familiares para que tolere y oculte la violencia de la pareja. De forma lamentable, muchas mujeres todavía determinan la existencia de violencia sólo cuando hay agresión física, y pasan por alto otras formas de violencia, como la verbal, la psicológica y la económica.

Por lo menos en la mayoría de casos de divorcio, la decisión de que se hagan pruebas de ausencia de patología en ambos cónyuges deriva de la iniciativa de la mujer por terminar la relación. En la mayoría de los matrimonios que permanecen juntos a pesar de experimentar clara disfunción, se detecta el factor de la codependencia. Una característica de la llamada codependencia consiste en que pese al sufrimiento experimentado, la mujer desea y necesita continuar con la relación (Giddens, 1998). La codependencia psicológica implica relaciones conyugales enfermizas en las que a pesar de ser caóticas y violentas, la mujer es incapaz de lograr y mantenerse separada de la pareja. Así como no debe negarse la existencia de casos con determinadas patologías, tampoco debe desconocerse la existencia de casos de hombres que son golpeados por sus esposas. Sin embargo, estadísticamente éstos últimos no llegan a ser significativos.

Es indiscutible que la psicología de los individuos es responsable de la generación de la violencia, sin embargo, la violencia es un problema de dimensión social, al grado que está presente en la mayoría de los casos de divorcio. Tiene una dimensión social porque se transmite por medio de la tradición y la costumbre.

Mito 9. La violencia familiar es neutral, la mujer y el hombre son igualmente violentos hacia el otro y hacia los niños

En el escenario familiar, la violencia también está dominada por los hombres. En la identificación de los agentes que ejercen la agresión, la violencia de los maridos hacia las mujeres es el segundo tipo más frecuente. Sin embargo, algunas mujeres también ejercen violencia doméstica, tanto contra los hijos pequeños como contra los maridos (Giddens, 2008).

En el extremo de la manifestación de la violencia, los homicidios en contra de la pareja en los últimos años en Guadalajara, señalan de forma abrumadora al hombre como el ejecutor.

En su narración de la violencia conyugal, las mujeres señalaron como denominador común el hecho de ser agredidas y violentadas, mientras que la violencia ejercida por ellas se identificó como un recurso de reacción y de resistencia.

Según las historias analizadas, la mujer tuvo una significativa tolerancia a la violencia. Entre algunos de los testimonios que indican lo anterior se encuentran la prolongación del matrimonio a pesar de experimentar la violencia, el número de reconciliaciones con el cónyuge, y en ningún caso la mujer resolvió solicitar el divorcio de forma inmediata al haber sido golpeada o maltratada. Expresiones tales como “fue mucho lo que aguanté”, “hasta aquí le agunto” implicaron la combinación de carencias económicas y episodios de violencia.

No obstante la tolerancia a la violencia mostrada, el hecho de haber propuesto el divorcio significó su rechazo a admitir la violencia como rasgo permanente en su vida.

En algunos casos, la violencia estuvo vinculada con el consumo de alcohol y drogas por parte del esposo. A pesar de esto, el estado de embriaguez o drogadicción llegó a ser interpretado por la mujer como un estado de inconciencia, que atenuó la responsabilidad de su pareja. Esta actitud de la mujer trajo como consecuencia que la violencia se repitiera y prevaleciera en la relación de pareja.

Con frecuencia, el detonante de la violencia fueron los reclamos de la mujer acerca de carencias económicas, falta de atención e infidelidad de su pareja. Dentro de la dinámica de la pareja, la demanda de explicaciones y la expresión de reproches al esposo constituyeron un recurso utilizado por las mujeres, aunque ellas admitieron utilizar la agresión verbal para hacer reproches al esposo. En algunos casos, la mujer intentó responder “al tú por tú” las agresiones físicas, sobre todo en circunstancias en que se había desarrollado una escalada de violencia entre la pareja.

Se ha llegado a señalar que dentro del hogar las mujeres son casi tan violentas con sus esposos e hijos como los hombres. Algunas encuestas indican que las mujeres golpean a sus maridos casi con tanta frecuencia como a la inversa. Sin embargo, la violencia femenina es más contenida y episódica que la masculina y es mucho menos probable que cause daños físicos permanentes (Giddens, 2008). La realidad es que ambos desarrollan violencia pero ésta es diferencial (Ramos, 2008).

Mito 10. Los sistemas de ayuda protegen a la mujer e hijos de futuros actos de violencia, y la mujer maltratada que permanece en el hogar lo hace por su libre decisión

Se dan actos de violencia que permanecen tras los muros de los hogares y en el silencio y la tolerancia de la afectada. Algunas instituciones de asistencia social brindan asesoría legal o de carácter psicológico, sin embargo, no ofrecen protección efectiva a mujeres con alto riesgo de sufrir violencia intrafamiliar. No existe

una intercomunicación entre instituciones públicas que están en posibilidad de detectar la violencia y que pudiesen brindar monitoreo y protección. Es un hecho que muchas mujeres que acuden a demandar a su pareja por violencia, son sistemáticamente desanimadas por burócratas en turno. Por otra parte, por desgracia, brillan por su ausencia las asociaciones de carácter civil que protejan a la mujer contra la violencia doméstica. Es una realidad que para librarse de la violencia conyugal, la mujer recurre a soluciones drásticas como la separación y el divorcio.

El análisis de las causas de divorcio permite distinguir entre motivos de divorcio y móviles para divorciarse. Aunque al momento del proceso de divorcio ambos tipos de motivos acontecen entrelazados, es importante diferenciarlos, ya que están ligados a la toma de decisiones. Los motivos de divorcio son el conjunto de eventos que suceden durante la vida conyugal tales como violencia, carencias económicas, infidelidad, falta de atención, alcoholismo. Por su parte, los móviles de divorcio los conforman los propósitos y fines inmediatos que la persona desea que se cumplan y para cuyo fin resulta necesaria la consumación del divorcio; por ejemplo, resguardar bienes materiales, establecerse con una nueva pareja, liberarse de la persona, obtener una pensión alimentaria para los hijos (Ramos, 2008).

Mito 11. El matrimonio es para toda la vida

Actualmente, la conocida sentencia “hasta que la muerte nos separe” ya no aplica ni está vigente en los diferentes sectores de la población. Además, el principio de que el matrimonio con la misma persona es para siempre implica dos aspectos: el religioso y otro de carácter civil. Por lo tanto, en la actualidad coexisten diferentes formas de liquidación del matrimonio.

Algunas mujeres efectúan una separación de orden simbólico entre el matrimonio religioso y el matrimonio civil. Mientras que el religioso se concibe como un lazo divino para toda la vida, es decir, se le otorga un carácter de indisolubilidad desde el punto de vista religioso-espiritual, el matrimonio civil corresponde a lo humano y, por consiguiente, es factible darlo por terminado.

La idea de que el matrimonio es para toda la vida constituye un mito desde el punto de vista civil, pero para algunas mujeres dicho principio es una realidad desde el punto de vista religioso puesto que asumen dicha indisolubilidad: “Yo sé que por lo católico nunca me voy a poder divorciar, porque por Dios no se puede, pero por la mano del hombre sí lo deseo... y lo quiero porque siento que al fin voy a ser libre” (núm. 3).

Por otra parte, existen indicios de que la percepción del matrimonio religioso está cambiando. En marzo del 2010, el Arzobispado de Guadalajara dio a conocer que recibía más de 350 solicitudes de nulidad de matrimonio eclesiástico al año y que habían 1,400 en espera de ser resueltos. La principal causal de éstos es el engaño u ocultamiento de información relevante.

Existen diversos mitos relacionados directamente con las creencias religiosas. Algunos de ellos están vinculados también con la salud y la enfermedad. La religión otorga de manera particular fuerza y un lugar específico a ciertos mitos, pero consideramos que esto debe ser objeto de una exploración de mayor profundidad.

Comentarios finales: mitos y realidades, costos y beneficios

La existencia de mitos relacionados con el proceso legal de divorcio tiene una gran importancia social, económica, emocional y familiar porque están vinculados con decisiones importantes como la de conservar el matrimonio o divorciarse. Una serie de mitos rondan diversos aspectos del procedimiento legal de divorcio, que suelen manifestarse en forma de conjeturas, ideas erróneas y predisposiciones.

En el caso particular de la mujer, la idea de que el divorcio es complicado y costoso suele ser reforzada por factores como su tolerancia a la violencia, las reconciliaciones con la pareja en nombre del “amor” o del “bien de los hijos”, la presión de familiares para que permanezca en el matrimonio, el temor al estigma del divorcio, y la firme creencia de que será la perdedora. De esta forma, los mitos contribuyen fuertemente a que la persona continúe soportando relaciones conyugales insanas, conflictivas. Para muchos hombres y mujeres, tomar la ruta del divorcio significa haber experimentado realidades desfavorables en su matrimonio.

Los mitos y realidades del divorcio tienen una relación directa con los costos y beneficios que obtienen las personas al decidir llevarlo a cabo, ya que la vivencia del proceso legal disipa o confirma determinados mitos, al mismo tiempo que impone el peso de las realidades jurídicas, morales, emocionales y sociales. Los mitos sobre el divorcio son una realidad que orienta actitudes y decisiones, y que por lo tanto origina determinadas consecuencias.

El proceso legal de divorcio puede resultar un trance complicado, sin embargo, la narrativa de las mujeres que participaron en esta investigación comprueba, como se muestra en el siguiente testimonio, que en muchos casos decidieron enfrentarlo al comparar los costos emocionales asumidos en la relación matrimonial con los costos de todo tipo que implicaba el trámite legal: “Más difícil de lo que ya había pasado yo sabía que no podía ser, yo sabía que iba a ser más fácil a todo lo anterior que ya había pasado, y que era la única salida que quedaba para mí. O yo seguía viviendo en ese... agujero de angustia, de miedo” (núm. 8).

¿Qué es en realidad lo que anima a la mujer a solicitar y llevar a cabo el divorcio? Claro está que causas y motivos de divorcio existen y pueden ser variados, pero en la mayoría de casos la mujer efectúa un recuento de los daños, al mismo

tiempo que visualiza condiciones mejores o por lo menos esperanzadoras. Esto es, compara los costos de continuar en el matrimonio y los del divorcio. Desde luego, también llega a asumir el principio de realizar el divorcio cueste lo que cueste. La mayoría de mujeres no perciben el proceso de divorcio como un riesgo calculado, es decir, no están seguras en cuanto a ciertos resultados y consecuencias, sin embargo, de lo que sí están plenamente seguras es de que ni la ley ni su pareja pueden forzarlas a volver a la vida matrimonial. Es un hecho que los periodos de tiempo de separación que anteceden al proceso legal de divorcio actúan, en la mayoría de casos, como lapsos de prueba, análisis y confirmación de intereses sobre el divorcio.

El proceso de divorcio conlleva una serie de costos, pero representa un paso necesario para obtener determinados beneficios. Las pérdidas y ganancias implican lo económico y lo material, al igual que otras dimensiones que corresponden a lo moral, lo simbólico, lo emocional. Es una realidad que a menudo las personas anteponen cuestiones de orgullo y dignidad, sobre todo en el caso de muchas mujeres, pues obtener el divorcio les representa mayor ganancia moral y emocional, aunque, por ejemplo, acuerden una pensión alimentaria verdaderamente baja o pierdan el dinero que por derecho les correspondía por la venta de una casa.

Entre los beneficios inmediatos del divorcio está el hecho de haber puesto fin a historias de maltrato y violencia de que fueron objeto mujeres y niños. Dejar de experimentar cotidianamente sobresaltos y sentimientos como angustia y temor, conduce paulatinamente a la persona a una mejor condición emotiva.

Uno de los beneficios de mayor significado para la mujer es el saberse desligada legalmente del hombre. Esto es, aunque la pareja se encuentre físicamente separada desde hace tiempo, para muchas mujeres esto no es suficiente, y desde el plano simbólico, la verdadera libertad sólo se obtiene por medio del divorcio legal. La condición que causa un gran malestar a la persona es el saberse todavía casada con una persona de la cual recibió agravios.

Por otra parte, muchas personas creen que una vez finalizado el proceso de divorcio habrán acabado sus problemas con la pareja, pero el posdivorcio depara la continuación y acentuación de ciertos conflictos. De forma posterior al divorcio, hombres y mujeres continúan a veces feroces disputas relacionadas con el dinero de la pensión alimentaria y desacuerdos en horarios y días de visita a los hijos. No resulta extraño que la pensión y la visita a los hijos constituyan el pretexto para tratar de fastidiar a la expareja. Lo anterior sin contar que en ocasiones las injerencias de familiares o amigos intensifican los problemas.

El concepto de “divorcio por mutuo consentimiento” es preciso jurídicamente en cuanto que se refiere a un consenso legal de la pareja que disuelve el matrimonio. Sin embargo, como expectativa cultural de resolución en términos cordiales es impreciso. A pesar de que se llegue a consensos legales, la realización del proceso legal implica regularmente una serie de manifestaciones de resistencia

y descontento. Consecuentemente, el concepto “mutuo consentimiento” adquiere en los hechos una relatividad, es decir, la creencia de que el divorcio se resuelve amistosamente es un mito desde el punto de vista cultural, ya que los comportamientos reales de mujeres y hombres así lo confirman.

Rara vez las personas conceden el divorcio en términos amistosos o buscan establecer verdaderas alianzas para proteger a los hijos y continuar con la expareja como amigos. Por lo común, detrás de aparentes divorcios cordiales se hallan arreglos privados condicionados por alguna de las partes. Es un hecho común que aunque se acepten acuerdos para que el divorcio llegue a su fin, a menudo se aceptan bajo una profunda insatisfacción e inconformidad.

El hecho de que hombres y mujeres tengan un considerable desconocimiento del proceso legal, aunado a que regularmente se ven obligados a confiar demasiado en los abogados particulares, tiene una enorme importancia pues de alguna forma se ve reflejado en la toma de decisiones que realizan. En las decisiones del proceso de divorcio, la mujer otorga una mayor valoración aquellas que se relacionan con finalizar el divorcio y con el cuidado y protección de los hijos, mientras que el hombre valora más las decisiones que tienen que ver con no verse afectado económica y materialmente. En arreglos privados entre las partes, la mujer puede por esa razón tener que aceptar un mal arreglo financiero con el fin de no poner en riesgo su derecho de ser la custodia de los hijos y el divorcio. La determinación y el arrojo que la mujer —de sector popular— muestra al aceptar pérdidas económico-materiales en el proceso de divorcio, no puede comprenderse sin las redes de apoyo familiar con las que cuenta en ese momento, las cuales la proveen de apoyo moral, habitación, alimentación, cuidado de los hijos, dinero... En la mayoría de estos casos, dicho apoyo lo brinda la familia de origen.

La aceptación de pérdidas materiales y económicas de la mujer se debe, en primer término, a cierto grado de incomprensión de la trascendencia de dichas pérdidas; y ello es resultado de varios factores, como el desconocimiento de lo legal y la falta de confianza en que se le haga justicia, la resistencia y presión ejercida por el hombre, las características del convenio de divorcio que contiene ilegalidades permitidas que la desfavorecen, el reducido margen de tiempo en que toma sus decisiones, y en muchas ocasiones, un estado anímico que la impulsa a terminar lo más pronto posible el proceso legal.

En el proceso legal de divorcio, no siempre resulta triunfadora la fuerza de la razón. Si bien algunas personas tienen la expectativa de que se hará justicia en el proceso de su divorcio, otras personas, motivadas por resentimientos y estados emocionales como el orgullo, toman decisiones que están muy lejos de corresponder a lo justo o equitativo. Por lo tanto, la justicia no depende del arbitraje institucional sino de las decisiones que tomen y acuerden los cónyuges en el convenio de divorcio. Hoy en día, no se ha llegado a dimensionar el costo económico y social que representa la inequidad en el convenio de divorcio, sobre todo para mujeres del sector popular.

Debido al tipo de compromiso y significados del matrimonio, el divorcio representa culturalmente un fracaso. Sin embargo, la experiencia del proceso legal de divorcio no significa en todos los casos un trauma emocional. ¿Por qué razón se llega a pensar que el divorcio es siempre traumatizante?

En primer lugar, algunos estudios sobre el divorcio terminan teniendo una aproximación clínica al fenómeno debido a que favorece el análisis de conceptos usuales como “hogares rotos”, “familias disfuncionales”, “cónyuges egoístas”, “niños rechazados”; es decir, privilegian imágenes del divorcio tales como la experiencia traumática, la pérdida dolorosa, el estigma para los niños, el riesgo emocional y la vida tensionante, de tal forma que dicha visión no atiende otras dimensiones del divorcio. Si bien es cierto que muchos divorcios tienen consecuencias negativas para los involucrados, no obstante, en muchos otros el proceso legal representa el inicio de un cambio de vida favorable.

En segundo lugar, en nuestra cultura, la mayoría de psicólogos clínicos que son entrevistados en televisión y radio tienden a sobredimensionar el aspecto traumatizante de la experiencia del divorcio. Lo anterior debido a que sólo se basan en casos en los que por lo regular las personas resultaron afectadas y por eso recurrieron a dicho servicio profesional.

Ciertos sectores conservadores se han encargado de sobrevalorar la idea de que el divorcio trae sólo perjuicios y quebrantos a los individuos, la familia y la sociedad. Otros han señalado que el divorcio es un mal necesario, porque separa a los miembros de la familia pero a la vez es el medio por el cual se terminan relaciones conyugales insanas y convivencias desiguales. En este último sentido, las características del divorcio confirman con hechos que existe una variedad de circunstancias y efectos que merecen ser explorados.

Muchos casos de divorcio demuestran que resultaba más dañino para los miembros de la familia continuar el matrimonio caracterizado por violencia y hondas diferencias entre la pareja. Existen casos en los que fueron los hijos quienes tomaron la iniciativa de proceder a la separación y el divorcio legal de sus padres. El dicho que señala “es mejor un buen divorcio que un mal matrimonio” se sostiene en la verdad de que en ocasiones el divorcio es necesario para mejorar la vida de las personas.

El estudio del proceso legal de divorcio muestra testimonios acerca del lugar que le continúan concediendo la sociedad y la cultura a la mujer, tradicionalista y conservador. Pero también las historias de las mujeres reflejan cambios de actitud en ellas, como la disminución del temor al estigma y el aprovechamiento de recursos sociales y personales en la búsqueda de cambiar situaciones conyugales intolerables.

Los profesionales del tribunal encargados de llevar a cabo el procedimiento de divorcio proporcionan a las personas información general, pero difícilmente pueden tomarse el tiempo para especificar en cada caso conforme a sus necesida-

des y apremios. Todo parece indicar que lo mejor sería que cada persona llegara al proceso de divorcio con seguridad y confianza porque conoce las distintas condiciones y posibles escenarios que va a enfrentar. De esta forma, cada persona podría incluso prever los costos y beneficios del tipo de decisiones que podría tomar. Pero la realidad es que, por lo menos en parejas del sector popular, esto no sucede.

El matrimonio tiene rituales de entrada como lo es el propio acto nupcial (civil o religioso), incluso existen otros rituales preparatorios y festivos, como las despedidas de soltera(o), sin embargo, no existen rituales de salida que proporcionen a la persona el tiempo y la preparación pertinente para dejar dicho compromiso sin que signifique un trance complicado. El único ritual de salida en nuestra cultura es de naturaleza jurídica, y lejos de significar el paso por un suceso que genera orgullo, prestigio o jerarquía dentro de un grupo social, se caracteriza por el enfrentamiento de dos personas y el establecimiento de una relación de fuerzas cuyos resultados no siempre son justos para una de las partes.

En el estudio del divorcio, la narrativa —historias conyugales— de las mujeres refleja mucho más que conflictos conyugales. En el renglón individual, el divorcio puede significar anhelos y satisfacciones, pero también sufrimientos y desesperanzas. En el renglón social, la narrativa puede mostrar la importancia de elementos como las relaciones de poder, la influencia de la familia, de la ley y la justicia social.

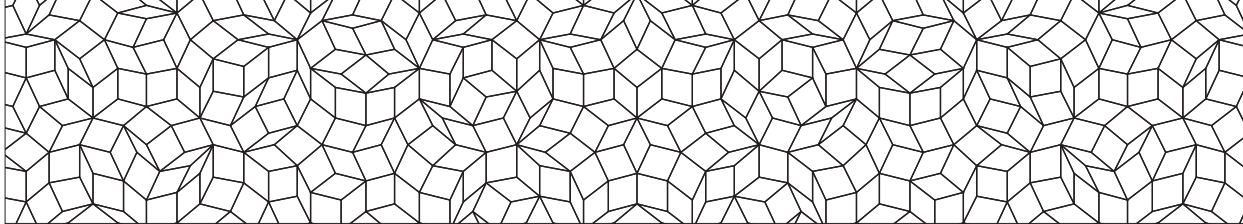
Los resultados y argumentos vertidos en este capítulo refieren sólo una aproximación a mitos y realidades de un contexto social y cultural específicos y no deben considerarse necesariamente válidos para otros grupos sociales o culturas.

Referencias bibliográficas

- ALBERONI, FRANCESCO. 2002. *Enamoramiento y amor*. Barcelona: Gedisa.
- ARROM, SILVIA MARINA. 1976. *La mujer mexicana ante el divorcio eclesiástico, 1800-1857*. México, D.F.: Sep/setentas.
- . 1988. *Las mujeres de la ciudad de México*. México: Siglo XXI.
- BECK, ULRICH Y BECK GERNISHEIM, ELISABETH. 2001. *El normal caos del amor: las nuevas formas de la relación amorosa*. México, D.F.: Paidós.
- BECKER, GARY. 1987. *Tratado sobre la familia*. Madrid: Alianza.
- BERGER, PETER Y LUCKMAN, THOMAS. 1984. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BERNARD, H. RUSSELL. 1988. *Research methods in cultural anthropology*. Newbury Park: Sage.
- CAREAGA, GABRIEL. 1992. *Mitos y fantasías de la clase media en México*. México, D.F.: Cal y Arena.

- CARUSO, IGOR. 1969. *La separación de los amantes*. México, D.F.: Siglo XXI.
- CHERLIN, ANDREW J. 1992. *Marriage, divorce, remarriage*. Londres: Harvard University Press.
- CÓDIGO CIVIL DEL ESTADO DE JALISCO 2008. Guadalajara: Congreso del Estado de Jalisco.
- ELSTER, JON. 1996. *Tuercas y tornillos*. Barcelona: Gedisa.
- . 1997. *El cemento de la sociedad*. Barcelona: Gedisa.
- . 1999. *Juicios salomónicos*. Barcelona: Gedisa.
- FOLBERG, JAY; MILNE, ANN, Y SALEM, PETER (EDS.). 2004. *Divorce and family mediation*. Nueva York: The Guilford Press.
- GARCÍA, BRÍGIDA Y OLIVEIRA, ORLANDINA DE. 1998. *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México, D.F.: El Colegio de México.
- GARCÍA, MARTÍN. 1996. *El divorcio: causas, uso y abuso*. México, D.F.: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente.
- GEERTZ, CLIFORD. 1988. *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- . 1992. *Conocimiento local*. Barcelona: Gedisa.
- GIDDENS, ANTHONY. 1998. *La transformación de la intimidad*. Madrid: Cátedra.
- . 2008. *Sociología*. Madrid: Alianza.
- INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA Y ESTADÍSTICA (INEGI). 2010. *Estadísticas de matrimonios y divorcios 2008*. México, D.F.: Instituto Nacional de Geografía y Estadística.
- KIRK, GEOFFREY STEPHEN. 1985. *El mito*. México, D.F.: Paidós.
- KOHLER RIESMAN, CATHERINE. 1990. *Divorce talk*. Londres: Rutgers University Press.
- LÉVI-STRAUSS, CLAUDE. 1989. *Mito y significado*. México, D.F.: Alianza.
- LOMNITZ, LARISSA. 1997. "Family, networks, and survival on the threshold of the 21st century in urban Mexico", en Solly Dremen, *The family on the threshold of the 21st century*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 113-125.
- PALACIOS, AGUSTÍN. 1998. *El divorcio y los segundos matrimonios*. México, D.F.: Diana.
- PALLARES, EDUARDO. 1984. *El divorcio en México*. México, D.F.: Porrúa.
- RAMOS ESCOBEDO, ALEJANDRO. 2008. *Cuando el matrimonio ya no es vida*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- RIBEIRO, MANUEL Y CEPEDA, ROSALINDA 1991. *El divorcio en Monterrey*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- SARAT, AUSTIN Y FELSTINER, WILLIAM. 1995. *Divorce lawyers and their clients: power and meaning in the legal process*. Nueva York: Oxford University Press.
- SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN. 1981. *El registro civil en México*. México: Secretaría de Gobernación.
- SIMPSON, BOB. 1998. *Changing families*. Oxford: Berg Press.
- SOUZA MINAYO, MARÍA CECILIA DE. 1995. *El desafío del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- STRAUSS, ANSELM Y CORBIN, JULIET. 1990. *Basics of qualitative research*. Londres: Sage.

- SUÁREZ LÓPEZ, LETICIA. 2000. "El divorcio en México, 1926-1995: una visión demográfica". Tesis de maestría. El Colegio de México.
- TURNER, VICTOR Y BRUNER, EDUARD. 1986. *The anthropology of experience*. Chicago: University of Illinois Press.



CAPÍTULO 5

Mitos y realidades sobre sexualidad

OSMAR MATSUI SANTANA

LAURA TERESA FLORES GONZÁLEZ

MARTHA VILLASEÑOR FARÍAS

Introducción

Uno de los atributos imprescindibles del ser humano a lo largo de su vida es su sexualidad. Ésta implica un sinnúmero de aspectos biológicos, psicológicos, medioambientales y sociales, que se multiplican al interactuar y relacionarse entre sí, lo que hace a cada persona sexualmente única.

De igual forma, la sexualidad ha sido un tema que ha generado diversas opiniones, manifestaciones, represiones, persecuciones, y miedos entre otras emociones. De dichos aspectos han surgido diferentes creencias y mitos, algunos de los cuales trataremos de esclarecer en el presente capítulo con la ayuda del conocimiento científico.

El estudio de la sexualidad se reporta desde la antigüedad. Hipócrates, Platón, Aristóteles y Galeno, entre otros, estudiaron y trataron de explicar temas como la reproducción, la anticoncepción, el comportamiento sexual humano, las disfunciones sexuales, la educación sexual, la ética y las políticas sexuales. Por su parte, en India, Mallanaga Vatsyayana compiló un amplio tratado sobre la sexualidad, conocido como el *Kama Sutra*, en los primeros siglos de nuestra era. Posteriormente, en la Edad Media, mientras en Europa el conocimiento y la lectura estaban vedados, los musulmanes y los judíos continuaron el estudio de la sexualidad. Por lo que se refiere al Lejano Oriente, en China se escribía otro libro sobre sexualidad, el *Su-Nui-Jing*. Y en África, en Túnez, el jeque Nefzawi publicó su libro *El jardín perfumado*. Durante el Renacimiento europeo, Leonardo da Vinci, Vesalius, Fallopio, Bourdeille y Sinibaldus, entre otros, retomaron en Europa el estudio científico de la sexualidad. Estos estudios continuaron hasta llegar a finales del siglo XIX y principios del XX, con los llamados pioneros de

la sexología: Mantegazza, von Krafft-Ebing, Ellis, Hirschfeld, Moll, Bloch, entre muchos otros. El estudio de la sexualidad se vio amenazado con la intervención nazi en Europa, y fue hasta los años cuarenta que Alfred Kinsey en Estados Unidos y Shin'ichi Asayama en Japón continuaron con estos estudios sexológicos; además de otros profesionales como Harry Benjamin, John Money, los ampliamente conocidos Masters y Johnson, Beverly Whipple, Green y Bancroft (Haeblerle, 2012). Varias asociaciones científicas sobre sexología se crearon en la última mitad del siglo xx, como la Society for the Scientific Study of Sexuality (ssss), el Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS), la World Association for Sexology (ahora Asociación Mundial de la Salud Sexual), la American Association of Sex Educators, Counselors and Therapists (AASECT), las federaciones Europea, Asiática y la Latinoamericana de Sexología, la International Association for the Study of Sexuality, la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología, y otras más a escala internacional, nacional y local en diferentes partes del mundo.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reunió en Ginebra (en 1974 y 2002), y en Guatemala (en 2000) a expertos en sexualidad de todo el mundo, con el objeto de establecer líneas de acción y definir algunos conceptos sexológicos como los siguientes:

Sexualidad. La sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida que incluye el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción.

La sexualidad es vivida y expresada con pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. Mientras que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas siempre son vividas o expresadas.

La sexualidad está influenciada por la interacción de los factores biológicos, psicológicos, sociales, políticos, económicos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Salud sexual. La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad. No es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o discapacidad.

La salud sexual requiere de una aproximación positiva y respetuosa a la sexualidad y las relaciones sexuales así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia (OMS, 2006).

Ante la inquietud de la falta de información apropiada sobre sexualidad en jóvenes y adultos de Estados Unidos, y con la finalidad de que la sexualidad fuera vista como parte natural y saludable de la vida, la doctora Mary S. Calderone fundó en 1964 el Consejo de los Estados Unidos para la Información y Educación en

Sexualidad (SIECUS, 2012). Esta institución se ha desarrollado como líder reconocido mundialmente en el ámbito de la educación sexual, a la cual ha definido así:

Educación sexual es un proceso a lo largo de la vida, de adquisición de información y de formación de actitudes, creencias y valores. Éste abarca el desarrollo sexual, la salud reproductiva, las relaciones interpersonales, los afectos, la intimidad, la imagen corporal y los roles de género.

[...]

La educación sexual incluye las dimensiones biológica, sociocultural, psicológica y espiritual de la sexualidad en los dominios cognitivo (información); afectivo (sentimientos, valores y actitudes); y conductual (habilidad de comunicación y toma de decisiones) (SIECUS, 2004).

De acuerdo con lo anterior, la sexualidad influye integralmente en el bienestar de la persona y, por lo tanto, merece nuestra atención para su estudio y conocimiento desde un punto de vista científico.

En los apartados siguientes, se analizarán, desde el conocimiento científico disponible, algunos temas y mitos sobre la sexualidad que se han extendido en nuestra población.

Mitos y realidades sobre sexualidad

Circuncisión

La circuncisión es una operación quirúrgica en la que se corta el prepucio, que es la piel que cubre la cabeza o glándula del pene en el hombre o el clítoris en la mujer. La circuncisión femenina es un ritual común en algunas partes de África, pero no en el mundo occidental, y puede hacerse en varios grados, desde sólo la extracción del prepucio del clítoris, la extracción de todo el clítoris, o del clítoris y también parte o totalmente los labios de la vulva¹, hasta la llamada infibulación, en la que además se cosen los lados de la vulva, dejando sólo una pequeña abertura para permitir el paso de la orina y la menstruación.

Dado que afortunadamente en México no se practica la circuncisión femenina, sólo nos referiremos a la circuncisión masculina. En la mayoría de los casos se realiza a niños recién nacidos, y en algunas ocasiones a hombres adultos que

¹ La vulva es el conjunto de órganos sexuales externos localizados en la región púbica, incluye el monte de Venus, los labios mayores y menores, el clítoris y su prepucio, el meato urinario y la parte externa de la vagina.

tienen problemas para descubrir el glande del pene, ya sea por tener estrecho el orificio del prepucio —fimosis—, lo que causa problemas y dolor en la erección del pene, o por tener el prepucio demasiado largo y eso dificulta la higiene y favorece irritaciones frecuentes.

La circuncisión se realiza desde hace miles de años por razones religiosas, culturales y supuestamente de higiene. Como práctica religiosa, la circuncisión es obligatoria en el judaísmo desde hace más de 4,500 años. De acuerdo con la Biblia, el patriarca Abraham fue circuncidado a los 99 años por una orden divina en su pacto de alianza con Dios, quien le dijo:

Ésta es mi alianza que habéis de guardar entre yo y vosotros —también tu posteridad—: Todos vuestros varones serán circuncidados. Os circuncidaréis la carne del prepucio, y eso será la señal de la alianza entre yo y vosotros. A los ocho días de edad será circuncidado todo varón entre vosotros, de generación en generación, tanto el nacido en casa como el comprado por dinero a cualquier extranjero que no sea de tu raza (Génesis, 17).

En la religión islámica, aunque la circuncisión no se menciona en el libro sagrado del Corán, se realiza de forma tradicional y cultural, sin ser obligatoria. Sin embargo, es un requisito esencial para hacer el tradicional viaje a la Meca, en Arabia Saudita. Además, se practica por higiene desde las dinastías egipcias; costumbre que sigue realizándose hasta nuestros días.

Mito 1. La circuncisión debe realizarse a todos los niños para evitar infecciones de transmisión sexual como el VIH/sida o el virus del papiloma humano (VPH)

Durante muchos años se pensó que la circuncisión facilitaba la limpieza del pene al quedar retirado el capuchón que cubría el glande, y así se evitaba la acumulación de esmegma —secreción sebácea blanquecina producida por el glande y la cara interna del prepucio— y, por lo tanto, de bacterias y otros microorganismos que causan infecciones.

Desde hace varios años, se han realizado investigaciones en el mundo y no se ha comprobado que la circuncisión sea un factor protector contra estas infecciones. Las asociaciones médicas y pediátricas actuales no recomiendan que se haga la circuncisión de rutina a todos los niños (GMC, 1997). El prepucio cubre el glande y se vuelve completamente retráctil, liberando todo el glande durante el desarrollo del niño —entre los tres años y la adolescencia, aunque en algunos casos sucede hasta los 18 años de edad.

Algunos médicos sólo recomiendan la circuncisión para niños en los que el orificio del prepucio es muy estrecho y no permite retraerlo y liberar el glande. Sin embargo, en esos casos, otros médicos sugieren dejar el prepucio hasta la pubertad

o la adolescencia, ya que afirman que en la mayoría de los niños la elasticidad del prepucio y los ejercicios de retracción manual durante el baño o la limpieza diaria permitirán que se libere el glande cuando haya erección. (Chih-Chun, Ke-Chi y Guan-Yeu., 1999; Orejón y Fernández, 2007)

Por lo tanto, es importante enseñar a los niños cómo lavarse el pene: recorriendo el prepucio para que no se acumule el esmegma. En los niños o púberes que tienen el orificio del prepucio tan estrecho que no permite la liberación fácil del glande, se recomiendan ejercicios de estiramiento del orificio del prepucio hasta antes de sentir dolor, y mantener este estiramiento a lo ancho durante unos minutos y luego dejar de estirar. Resulta mejor hacer estos ejercicios durante o después de bañarse, cuando el prepucio está más blando; también pueden aplicarse algunas cremas que ayuden a este estiramiento de agrandar el orificio del prepucio. En muy pocos casos, cuando los ejercicios no dan resultado, se puede hacer una cirugía llamada prepucioplastia, que consiste en pequeños cortes del prepucio para ampliar el orificio, sin llegar a la circuncisión.

Mito 2. Los hombres circuncidados sienten más placer

El glande del pene está cubierto por piel delgada con poca queratina y múltiples terminaciones nerviosas. Al quitar el prepucio mediante la circuncisión, el epitelio del glande se va queratinizando —engrosando y resecaando—. En todo el pene se encuentran terminaciones nerviosas, sin embargo, en el prepucio y en el glande hay mayor cantidad y de mejor calidad que en el resto del pene, por lo que al quitar el prepucio, los hombres pueden sentir menos placer. Los hombres circuncidados desde niños, no pueden distinguir la diferencia ya que crecieron e iniciaron su vida sexual sin el prepucio. Los hombres que fueron circuncidados en la edad adulta, sí refieren una disminución en la sensibilidad del glande.

Además, acerca de las múltiples terminaciones nerviosas sensitivas del prepucio, algunos investigadores, como Lakshamanan y Prakash (1980), descubrieron que la forma en que se desliza el prepucio sobre el pene durante el acto sexual o coito ocasiona placer al estimular las células y nervios sensitivos del prepucio y el pene.

Otros investigadores refieren que la circuncisión en hombres tiene poco impacto en la mayoría de los aspectos de su vida sexual (Moses, Bailey y Ronald, 1998). Sin embargo, se ha observado una mayor frecuencia de dificultades para el orgasmo en hombres circuncidados en comparación con aquellos que no les hicieron esta cirugía (Fink, Carson y DeVellis, 2002). Recientemente, una investigación epidemiológica reportó que tanto los hombres circuncidados como sus parejas mujeres pueden presentar más disfunciones sexuales que los hombres no circuncidados y sus parejas (Frisch y Gronbaek, 2011).

Varios estudios llevados a cabo para evaluar la utilidad de la circuncisión para evitar infecciones urinarias y de transmisión sexual, han revelado que el costo,

beneficio de la circuncisión no la justifica en la mayoría de los casos, y concluyen que lo mejor es conservar el prepucio y enseñar a los niños a bajarlo para lavar bien su pene, descubrir el glande y asearlo bien durante el baño diario. A pesar de estos hallazgos científicos, aún existe el debate médico, pero la recomendación médica para circuncidar ha disminuido notablemente. De acuerdo con la OMS (2007), se estima que en el mundo, 33% de los hombres mayores de 15 años de edad están circuncidados. Este porcentaje varía desde 99% en algunos países musulmanes a 6% en el Reino Unido y otros países europeos.

En un estudio realizado por los autores de este capítulo, en estudiantes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud durante el año 2008 en Guadalajara, Jalisco, México, se encontró que 28.4 % de los hombres refirieron estar circuncidados. De éstos, a 87% se les circuncidó en los primeros días de nacidos, y a 13% en una mayor edad.

En ocasiones, la circuncisión ha sido considerada como una violación a la integridad de los niños y a sus derechos humanos, ya que no se toma en cuenta su opinión, además, en muchos niños se realiza sin anestesia. Cada vez más hombres circuncidados desean restaurar su prepucio, para lo cual se han desarrollado artefactos que ayudan al crecimiento de la piel del pene para que haga las veces del prepucio, o bien, algunas otras técnicas que incluyen cirugía. Sin embargo, esta piel que simulará al prepucio no tendrá el mismo número ni calidad de terminaciones nerviosas sensitivas que tenía el prepucio que fue retirado.

Sexualidad infantil

Como se ha visto al principio de este capítulo, la sexualidad comprende muchos aspectos de la vida, desde antes de nacer hasta la muerte. La sexualidad puede ser estudiada desde cuatro aspectos: género, vínculos afectivos, erotismo y reproductividad. Los tres primeros se observan desde el nacimiento, en cambio, la reproducción puede darse desde la pubertad o adolescencia, generalmente de forma no planeada o como producto de abuso sexual.

Mito 3. Los niños no tienen sexualidad sino hasta la adultez

La sexualidad es inherente al ser humano durante toda la vida y, como otros aspectos físicos, psicológicos y sociales de las personas, va madurando durante la etapa infantil, la pubertad y la adolescencia, para continuar desarrollándose en la etapa adulta y transformándose en la vejez hasta la muerte. En este proceso se da la maduración paulatina de todos los componentes de nuestro cuerpo, como el sistema nervioso, el muscular, el óseo, por ejemplo, y de los órganos, que responderán a estímulos físicos y/o psíquicos.

Desde el nacimiento, el proceso de maduración nerviosa permite que el niño o la niña respondan físicamente a estímulos de la piel. Por ejemplo, es común que al cambiar el pañal del niño pueda observarse su pene en erección, la cual se produce como reflejo a un cambio de temperatura o a la estimulación al limpiar su zona genital, sin que esto represente una erección consciente. Estudios de mujeres embarazadas han reportado haber observado erecciones del pene de sus hijos aun en el útero (Sherer, Eggers y Woods, 1990; Jakobovits, 2001; Pedreira, Yamasaki y Czeresnia, 2001).

Un aspecto fundamental de la sexualidad es la identidad sexual, la cual se empieza a consolidar alrededor de un año de edad, a los tres años ya está bien definida y después de esa edad es extremadamente difícil cambiarla. En la mayoría de los casos, la identidad sexual ocurre en relación con los órganos sexuales —el pene y los testículos identifican al niño y la vulva a la niña—, sin embargo, hay algunos infantes que se identifican con el sexo que no coincide con sus órganos sexuales. En algunos de estos casos se recomendaba el cambio de sexo lo más pronto posible, pero en la actualidad se prefiere esperar hasta la adolescencia a que la persona defina qué hacer con su cuerpo e identidad.

Antes de los cinco años de edad, es frecuente que los infantes experimenten placer mediante los labios, al tocar, abrazar, durante el baño corporal o al tocarse sus órganos sexuales; este placer se realiza de forma inconsciente y espontánea, no es premeditado y es importante para su desarrollo sano.

A partir de los cuatro años de edad muestran más curiosidad por los órganos sexuales, tienen mayor sensibilidad y se los tocan con mayor frecuencia; es cuando empiezan también a hacer más preguntas sobre los órganos sexuales, a compararlos con los de otros niños o inclusive con adultos. En la socialización habitual con otros niños, es frecuente que jueguen entre ellos a mostrarse los genitales, e inclusive a tocárselos y en algunas ocasiones tengan actividades orales-genitales. Los padres no deben alarmarse, sino distraerlos tranquilamente con otras cosas y platicar después sobre cómo proteger y cuidar sus órganos sexuales. Loretta Haroian (2000) escribió en los años ochenta una amplia y explícita monografía sobre el desarrollo sexual infantil desde el nacimiento hasta los 16 años de edad.²

Otra característica de todos los humanos es la orientación sexual, que define hacia quién el individuo orienta su atracción erótica-afectiva, pudiendo ser heterosexual, es decir, hacia personas del otro sexo; homosexual, o sea a personas del mismo sexo; o bien, bisexual: hacia ambos sexos; o asexual, hacia ninguno de los dos sexos. Estudios recientes reconocen que la orientación sexual se empieza a conformar entre los cinco años de edad y la pubertad al sentir atracción por compañeros de escuela o amiguitos del otro sexo o de su mismo sexo (Goldstein,

² Se puede consultar en inglés en <http://www.ejhs.org/volume3/Haroian/body.htm>.

1995). Atracción que el niño aún no puede comprender, sin embargo, la puede sentir y, en la mayoría de las veces, cuando es hacia su mismo sexo, la esconde o calla por la presión social de que a los niños les deben atraer únicamente la niñas, y viceversa.

De los seis a los nueve años de edad, siguen los tocamientos de sus órganos sexuales y algunos inician prácticas masturbatorias, pero generalmente a esta edad ya han descubierto el sentido de la intimidad/privacidad y aprendieron que hay acciones que no se deben hacer en público sino en privado (Haroian, 2000).

Todo este desarrollo y desenvolvimiento sexual es natural, sano, por eso no deben fomentarse culpas ni abusos por otras personas; sin extremos y con educación sexual apropiada, resulta ideal para la formación de un ser humano integral.

Masturbación

Masturbación, palabra cuyo significado etimológico es ‘profanar con la mano’, en la actualidad suele cambiarse por *autoerotismo*, que significa simplemente ‘autoestimulación para provocar excitación y placer’ (Patton, 1986). A través de los siglos y de distintas culturas, el autoerotismo se ha desaprobado por múltiples justificaciones y creencias que han llevado a un reforzamiento circular negativo de supuestos daños y consecuencias provocados por el acto de masturbarse.

Mito 4. Si se practica mucho la masturbación se acaban los espermatozoides y ya no se podrá procrear

Los ancianos de las tribus antiguas desaprobaban la masturbación porque creían que los hombres nacían con una cantidad fija de espermatozoides que se podía acabar prematuramente (Westheimer, 2008). Hoy sabemos que el hombre produce espermatozoides desde la pubertad y casi por el resto de su vida (Neaves *et al.*, 1984). Hipócrates, llamado el “Padre de la Medicina” (460 a.C.-370 a.C.), encontró que el tejido cerebral y el semen tenían un color similar, deduciendo entonces que la pérdida de semen llegaría a consumir el cerebro y la médula espinal (Patton, 1986).

Mito 5. La masturbación va en contra de la religión

Es muy probable que la prohibición de la masturbación en la religión judeo-cristiana y la católica/cristiana de hoy, tenga su origen en las antiguas leyes del pueblo judío. Una de ellas establecía que cuando moría un hombre sin haber dejado descendencia, su hermano debía casarse con la viuda y procrear, ya que

en aquellos tiempos, una viuda sin hijos tendría una vida muy difícil en su vejez sin el apoyo de hijos³ e hijas.⁴

Cualquier práctica sexual no reproductiva fue prohibida. Sabemos que el pueblo judío ha sido víctima de segregación y persecuciones desde tiempos inmemoriales. Esta ley favorecía la reproducción tan necesaria en aquellos tiempos en los que por un lado había importante mortandad de hombres en guerras, y por el otro, ayudaba a aumentar la población judía, garantizando futuros soldados combatientes. Estos preceptos religiosos ya no son necesarios para la población en el siglo XXI.

Durante la presencia de la Santa Inquisición en Europa (1227-1492), se creía que los demonios —“incubos”— incitaban a los hombres a masturbarse para coleccionar su semen y usarlo para embarazarse a las mujeres (Guiley, 2004); por eso esta conducta se castigaba severamente (Maxwell, 2010).

Mito 6. La masturbación causa locura, acné y otros daños orgánicos

En el siglo XVIII, la ofensa moral de la masturbación se transformó en una enfermedad con dimensiones médicas y psicológicas debido a las ideas propagadas en Europa por Boerhaave, Bekker y Tissot, eminentes médicos de la época. Para el siglo XIX persistía la idea de que la masturbación causaba daño a la salud, apoyada por médicos como Rush —el “Padre de la Psiquiatría Americana”—, Maudsley, Kellogg y Kraft-Ebing. En general todos ellos coincidían en que la masturbación causaba dispepsia, constricciones de la uretra, epilepsia, ceguera, vértigo, pérdida de la audición, cefaleas, convulsiones, degeneración de los nervios que llevaba a la demencia y la impotencia, pérdida de la memoria, “actividad irregular del corazón”, raquitismo, leucorrea en mujeres, conjuntivitis catarral crónica y muerte prematura, entre otros trastornos (Hutchinson, 1999). Durante esos 150 años —especialmente en la Época Victoriana—, el temor a la masturbación fue tan grande en todo el mundo, que se instituyeron medidas preventivas extremas, incluyendo dispositivos mecánicos, cirugías genitales y disciplinas físicas severas para los masturbadores (Greydanus y Geller, 1980).

A partir del siglo XX, algunos pioneros en investigación sexual humana empezaron a cambiar la visión de la masturbación. Ellis (1859-1939) consideró la masturbación como un desahogo sexual natural y esencial. Por su parte, Freud (1856-1939) creía que la masturbación causaba neurastenia, sin embargo, la consideraba parte del propio desarrollo psicosexual (Patton, 1986).

³ Mujeres de la Biblia. Tamar.; ImNin’alu.net . s/a. s/f. Consultado en http://www.imninalu.net/Mujeres_01.htm, el 29 de agosto de 2011.

⁴ Génesis 38:7-10 (New International Version); Bible Versions, Bible Study Tools. Consultado en <http://www.biblestudytools.com/genesis/passage.aspx?q=genesis+38:7-10>, el 20 de julio del 2011.

Kinsey afirmó que la masturbación era benéfica para las personas (en Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948). En 1966, Masters y Johnson revelaron que esta práctica era virtualmente universal en Norteamérica, en cualquier género, edad, raza y clase social (Masters y Johnson, 1981). En 1971 Goldstein, Haeberle y McBride determinaron que la masturbación era la forma más común de actividad sexual entre los humanos. Con esto, la comunidad médica norteamericana reconoció la masturbación como una práctica sexual normal y natural desde 1972 (Arango de Montis, 2008), que ayuda a conocer la respuesta ante la excitación sexual, a experimentar placer erótico y a sentirse bien con su propio cuerpo; factores importantes para el inicio del contacto sexual con otras personas (Alegret *et al.*, 2005).

Pero aún al comienzo de este nuevo milenio, los mitos no se han desvanecido, independientemente de si fueron creencias culturales, médicas o religiosas las que los provocaron. Éstos persisten apoyados en dos aspectos principales: primero, la dificultad para recibir una educación sexual científica y objetiva, y segundo, la errónea creencia socioeducativa de que entre las consecuencias de masturbarse surge un indicador visual que revela al mundo que el individuo practica la masturbación (Patton, 1986).

Mito 7. Sólo los hombres practican la masturbación

Aunque Masters y Johnson no publicaron porcentajes acerca de la masturbación en las mujeres, sí reportaron que la forma más común de masturbación femenina era a través de la estimulación del monte de Venus, clítoris y labios vaginales. En el caso de los varones, afirmaron que 92% realizaba la autoestimulación (Masters y Johnson, 1966, citados en Greydanus y Geller, 1980).

Kazaura y Masatu (2009) publicaron resultados de una encuesta realizada a adolescentes. De los que reportaron tener alguna práctica sexual, 29.4% especificaron masturbación: 35.6% de los hombres y 17.0% de las mujeres. Aunque la proporción fue significativamente menor en las mujeres, se demuestra que no es una práctica exclusiva de los hombres.

En 2010, Herbenick y colaboradores publicaron los resultados de una encuesta realizada en Estados Unidos a 5,865 personas de entre 14 y 94 años (2,936 hombres y 2,929 mujeres). Los resultados mostraron que, de las mujeres en edades entre 14 y 17 años, 43.3%-52.4% se han masturbado, mientras que entre 18 y 70 o más años, los rangos oscilan entre 58.3% y 84.6%, teniendo el pico máximo en edades entre 25 y 29 años. En el caso de los hombres la incidencia fue mayor. El porcentaje de adolescentes de 14 a 17 años que se habían masturbado fue de 67.5%-78.9%. Entre 18 y 70 o más años, la incidencia fue de 80.4% a 94.3%, siendo más frecuente entre los adultos de 25 a 39 años (Herbenick *et al.*, 2010).

Por último, Carol Rinkleib Ellison, en 2001, investigó la masturbación en mujeres. De 1,734 mujeres estudiadas, aproximadamente dos de cada tres (66 %)

se habían masturbado al menos una vez en el mes previo y tres de cada cuatro al menos una vez en los tres meses anteriores. El 73% reportó masturbarse de una a cinco veces por mes (Rinkleib Ellison, 2008).

Varios autores más coinciden en que la práctica autoerótica es común entre hombres y mujeres. La diferencia de género radica en mayores tasas en los hombres durante la adolescencia y adultez temprana, mientras que en las mujeres las encontramos alrededor de los 30 años y más.

El pene

Históricamente, el pene del hombre no se ha limitado a ser parte de la anatomía masculina, sino también ha sido símbolo de masculinidad, fuerza, poder, estatus e imagen. El pene ha sido deificado, satanizado, secularizado, discriminado racialmente, psicoanalizado, politizado y medicalizado (Reyes, 2011). Al paso del tiempo, el pene continúa ocupando la mente de propios y extraños. En la actualidad, se aborda principalmente su función sexual, tratando de mejorar la calidad, duración y cantidad de erecciones y el funcionamiento óptimo de éste en etapas avanzadas de la vida.

En el momento en que el hombre hace conciencia de su pene como signo de masculinidad, entra en competencia eterna con los demás penes existentes. El pene otorga poder porque es capaz de transformarse y, una vez erecto, se convierte en una máquina sexual y un símbolo susceptible de admirar, desear y que hace evidentes muchas otras cualidades masculinas (Paley, 2000), resultando en la creencia de muchos que a mayor tamaño, mayor potencia, capacidad, desempeño y éxito sexual (Bosaz y cols., 2006).

En las últimas décadas, el tamaño del pene adquiere importancia como representación de la autoimagen corporal del hombre en aspectos cotidianos de la vida, aun en flacidez, como en los vestidores de los gimnasios, vestidores profesionales o los centros de nudismo. Por lo tanto, la demanda de hoy en día es un pene de mayor tamaño tanto en erección como en estado de flacidez (Puigvert, 2007).

Mito 8. A mayor tamaño, mayor placer de la pareja

El tamaño del pene ha estado rodeado de mitos, por lo que es importante dar a conocer las medidas más frecuentes de éste, ya que muchos hombres con pene dentro de rangos normales están insatisfechos o desean aumentar su longitud y grosor por medios externos o quirúrgicos, en la creencia de que su pene es pequeño en relación con el de la mayoría de los hombres (Mondaini *et al.*, 2002; Harding y Golombok, 2002; Kevan, 2006).

El tamaño del pene está determinado, primero, por los genes —presentes en la herencia y en la raza— y es la testosterona la que lo hace crecer en la pubertad (McCary y cols., 1996). Existen numerosos estudios sobre los tamaños de los penes, algunos comparados por razas, otros por longitud y/o grosor e incluso por edades o países. Tenemos el estudio de Kinsey desde 1948, que reporta medidas promedio del pene en erección de hombres norteamericanos: longitud, de 12.7 a 16.5 centímetros, y grosor, de 10.1 a 12.7 centímetros (Gebhard, 1979). Investigaciones en la actualidad nos muestran que el rango de la longitud del pene en centímetros para la mayoría de los hombres a escala global podemos situarlo entre 12.6 y 16.5 centímetros, con una media de 15.2 centímetros $\pm$ 3 (Gebhard, 1979; Edwards, 2001). Por razas, los promedios encontrados han sido de 16.5 centímetros para los caucásicos, 15.4 centímetros para los afroamericanos, 14.9 centímetros para los hispanos y 13.9 centímetros para los asiáticos (Edwards, 2001).

Para considerar que un pene es pequeño —micropene—, éste debe medir en erección menos de 7.11 centímetros. Un pene grande sería superior a los 18.28 centímetros (Kelly, 2004; Kevan, 2006; Guzmán, 2008).

Es mucho más frecuente enterarse de que a hombres y mujeres les importa el tamaño del pene en su longitud, pero investigaciones y testimonios hacen notar que el grosor del pene también es importante para ambos, en ocasiones más importante que la longitud, para algunas mujeres (Eisenman, 2000; Stulhofer, 2006). Otros estudios muestran que alrededor de 55% de las mujeres se encuentran satisfechas con el tamaño de pene de su pareja o consideran que el tamaño es poco importante (Francken, 2002; Lever, 2006).

Con respecto al tamaño y el placer, Masters y Johnson (1966) llegaron a la conclusión de que el tamaño del pene no tenía una importancia fisiológica en la satisfacción sexual femenina, ya que la vagina es una cavidad virtual que se adapta al tamaño del pene (en Masters y Johnson, 1981; Komisaruk, Beyer-Flores y Whipple, 2006).

Mito 9. El pene siempre está dispuesto

La erección del pene se realiza por estímulos psicógenos o reflexógenos que lleguen al cerebro. Los psicógenos son el resultado de estímulos de los sentidos o de fantasías sexuales, y los reflexógenos por estimulación de los órganos sexuales y otras zonas erógenas. De la estimulación cerebral se inicia un mecanismo por vía neurológica a través de la médula espinal, hasta las terminaciones nerviosas y parte interna de los vasos sanguíneos del pene, que produce que se libere el óxido nítrico y otras sustancias para que las arterias del pene se dilaten y los cuerpos cavernosos se llenen de sangre mientras las venas se constriñen, evitando la salida de la sangre. La erección depende del buen funcionamiento psicológico, neurológico, vascular y del sistema endocrino.

Diversas situaciones pueden ocasionar que no se logre una erección suficiente. Pueden existir dificultades de erección cuando hay problemas psicológicos como depresión, estrés, ansiedad o problemas de pareja. También por el cansancio físico, uso de algunas drogas ilícitas y alcohol, y por algunos medicamentos como diuréticos, antihipertensivos, antidepresivos, antiinflamatorios, antiepilépticos, para reducir el colesterol y para el control de diabetes.

Casi todos los hombres han experimentado algunas veces dificultades para lograr o mantener una erección. Como ya se explicó anteriormente, esto puede ser ocasional y circunstancial, lo que se resuelve sin tratamiento. Sin embargo, algunos hombres que han tenido alguna dificultad de erección y les preocupa mucho que no les vuelva a suceder, puede ser que en el siguiente acercamiento erótico tengan ansiedad y miedo al fracaso en su desempeño sexual, lo que puede dar por resultado que nuevamente no se tenga una erección adecuada, y eso genera mayor ansiedad. De esa manera se produce un “círculo vicioso”, es decir, a mayor ansiedad, mayores problemas de erección.

Se denomina “disfunción eréctil” cuando el problema de erección dura más de seis meses, entonces se recomienda que la persona acuda a consulta médica con el sexólogo, urólogo o andrólogo a recibir atención y manejo. Recuerde que las causas de disfunción eréctil pueden ser psicológicas —más frecuentes en los hombres jóvenes—, o también por problemas físicos —más usuales en los hombres adultos (Porst y Reisman, 2012).

Embarazo y actividad sexual

En nuestra cultura, rica en tradiciones, son comunes las recomendaciones de no realizar algunas actividades durante el embarazo. Son costumbres transmitidas de generación en generación, basadas más en creencias e historias fantásticas que en la realidad.

Mito 10. El coito durante el embarazo puede dañar al feto o provocar el parto

Algunas mujeres consideran inapropiado hacer viajes, practicar ejercicio, conducir automóviles y tener relaciones sexuales —coito— durante el embarazo pues creen que se hace daño al feto (McCary y McCary, 2000). En 1869, Cowan recomendaba abstinencia debido a la creencia de que los abortos eran inducidos por la “brutalidad de los maridos durante el ejercicio sexual” (Cowan, 1869). Hoy se sabe que el aborto ocurre en hasta un tercio de todos los embarazos (Kelly, 2004), pero los causados por traumatismos, lesiones o actividad física son extremadamente raros, ya que el útero está protegido por los huesos de la pelvis, y

el feto, además, por el líquido amniótico contra posibles daños por la actividad sexual (Castelo-Branco, 2005).

Por otro lado, habrá que tomar en cuenta datos de algunas investigaciones recientes sobre cierta posibilidad de que en algunos casos el coito pudiera causar infección, amnionitis —infección del líquido amniótico que protege al feto—, ruptura prematura de membranas y parto prematuro por alteración del pH vaginal a causa del semen, ya que contiene prostaglandinas y éstas favorecen el crecimiento bacteriano. Otros autores sugieren que el orgasmo femenino causa contracciones uterinas, las que incrementan el riesgo de ruptura de membranas por el aumento de presión (Agnew *et al.*, 2008). Entonces, algunos médicos permiten el coito hasta aproximadamente seis semanas antes de la fecha probable del parto (Castelo-Branco, 2005). Es necesario que las parejas embarazadas se informen, para que así puedan disfrutar de los placeres de la intimidad sexual durante el embarazo, y conocer qué cambios y ajustes deben realizar, la mayoría de manera temporal.

Mito 11. Los eclipses afectan a las mujeres embarazadas

Castro (1995) intenta explicar la creencia del daño —particularmente el labio leporino— que sufren los fetos y su posible relación con un eclipse solar, con dos teorías populares. Una de ellas plantea que durante un eclipse de luna, ésta es devorada y un efecto similar ocurre en el vientre de la embarazada, donde parte de los labios del feto son devorados. La otra es una teoría cosmológica náhuatl llamada “teoría de lo frío y lo caliente”, que plantea que la luna es fría y el sol caliente y al producirse un eclipse de sol existe una predominancia de lo frío sobre lo caliente, entonces el dios Tecuciztécatl, representado por un conejo, reproduce su rostro en los niños. Revisiones científicas concluyen que no hay evidencia médica que apoye la creencia popular de que un eclipse sucedido durante el embarazo produzca daños al feto (Mery y Larrondo, 2005).

Mito 12. Las mujeres que han tenido hijos tienen la vagina muy amplia

Al principio del puerperio —es decir, después del parto—, la vagina queda distendida por la presión del feto al ser expulsado. A mayor número de partos y con la edad puede haber relajación permanente de los músculos del piso pélvico y flacidez de la musculatura vaginal (Cabero y Saldívar, 2007). Arnold Kegel desde 1950 y la mayoría de los ginecólogos en la actualidad, recomiendan ejercicios de los músculos del piso pélvico en todas las mujeres después del parto para fortalecer los músculos y la vagina y limitar la progresión (Marques *et al.*, 2010; Mayo Clinic, 2010).

Pornografía

Pornografía es cualquier material escrito, visual o hablado que contenga conductas en solitario, en pareja o entre varios, generalmente acompañadas de desnudos y que sea utilizado con propósitos de excitación sexual. Desde 1986 se le ha llamado también “material sexual explícito” (Morales Herrera, 2000).

Se cree que la pornografía existe desde los primeros días de la historia de la humanidad. Los arqueólogos han descubierto pinturas rupestres y grabados de la época paleolítica (Gousseva, 2007) con imágenes de genitales y desnudos, individuales y en parejas para representaciones amorosas o para estimulación erótica (Curry, 2009). Las imágenes de desnudos también eran utilizadas para rituales mágicos y religiosos, como ofrendas a la fertilidad y como símbolos comunitarios (Kelly, 2004).

La pornografía es sólo una de las muchas formas de expresión del erotismo. El erotismo es la capacidad que tenemos de percibir estímulos que nos provocan deseo, excitación, orgasmo y placer.

Podemos encontrar material sexual explícito en revistas, historietas, fotografías, películas, pinturas, literatura, esculturas, videos, televisión y a través de internet. Autores como Sánchez (2011) dicen que la pornografía por internet ha desplazado a las otras formas de pornografía en los últimos años, e incluso a otras formas de erotismo, comentando que “en esta época de prisas el ‘voyeurismo de click’ lleva rápidamente al orgasmo en la soledad enmascarada y el anonimato” (Sánchez, 2011: s.p.).

Mito 13. Ver pornografía induce a violencia y agresión hacia las mujeres

Todavía existe desacuerdo entre los investigadores en el área sobre los efectos y el posible daño que pudiera causar la pornografía en las personas (Davies, 1997).

Los autores han determinado que, para fines de estudio, existen dos tipos de material pornográfico: la pornografía no violenta y la pornografía violenta. Es importante tener presente esta distinción porque la mayoría de la investigación experimental ha sido realizada estudiando los efectos de la pornografía violenta (Vilches-Román, 2004).

Kelly (2004) propone dos teorías sobre cómo pudiera influir la pornografía en las personas. La primera es la Teoría del Modelamiento, que dice que las personas expuestas a pornografía es muy probable que copien las conductas vistas para sus propias vidas —como “modelo a seguir”—. La segunda es la Teoría de la Catarsis, que mantiene la idea de que la pornografía funciona como una válvula de salida para la tensión sexual de quien la ve, previniendo actos sexuales violentos o no permitidos (Kelly, 2004). Lo cierto es que ninguna de las dos hipótesis mencionadas ha podido comprobarse claramente (Lajeunesse, 2009).

Por un lado están los grupos antipornografía, predominantemente feministas y religiosos, que aseguran que la pornografía enseña a los hombres a despreciar a las mujeres, verlas como seres infrahumanos y trivializar la violación (Everywoman, 1988; Dworkin, 1988), haciéndolos insensibles a la crueldad, a la imposición del dolor, a la violencia y el abuso a las mujeres (Davies, 1997).

Por otro lado están los autores que defienden la postura de que el consumo de pornografía no es lo que provoca las actitudes sexuales ofensivas y la violación de los hombres a las mujeres, sino que tales conductas tienen un origen en raíces más profundas y diversas en nuestra sociedad.

De acuerdo con numerosos estudios como los de Linz y Donnerstein, entre otros, es probable que los efectos negativos —conducta violenta o aumento de la tasa de violación— de la pornografía estén más asociados con la violencia misma de una persona que con una cuestión puramente sexual (Davies, 1997; García, 1986; Vilches-Román, 2004).

La pornografía, su producción y consumo, al igual que otros productos sociales, constituyen una expresión cultural, pero a la vez, también un mecanismo de reproducción de esa cultura. Al analizar la pornografía es importante que se considere no sólo si es o no abiertamente violenta, sino que en ella están inmersos aspectos conceptuales, valorativos y de significación; desde posturas más acercadas a lo asumido como normal, o más transgresoras con respecto a la sexualidad y sus diversas formas de manifestación, el placer y las maneras de conseguirlo y expresarlo, definiciones de lo que se entiende por ser hombre o mujer y los roles de género que son deseables, donde es común que se retomen estereotipos basados en la desigualdad y en posturas misóginas.

Mito 14. Ver pornografía causa adicción

La adicción sexual se define como cualquier conducta sexual compulsiva que interfiere con la vida normal y provoca estrés severo a la persona, su familia, amigos, seres queridos, y en su entorno de trabajo (Carnes, 2001).

El propio Patrick Carnes (2001) reporta 21 o más formas de adicción sexual, refiriéndose a una amplia variedad de conductas eróticas. De todas éstas, dos son la adicción a la pornografía en general y la adicción a la pornografía en internet. Es importante no dar por hecho que cuando se habla de *adicción sexual* estamos hablando solamente de adicción a ver pornografía en internet. También existen otras conductas eróticas a través de internet, como el *cibersexo* a través de *chats* —pláticas— con y sin cámara y micrófono, con personas conocidas o desconocidas, o consiguiendo pareja sexual a través de páginas *web* y anuncios para sexo telefónico o encuentros reales.

Lo cierto es que no todas las personas que ven pornografía van a terminar con una adicción o compulsión. Se ha encontrado que las personas que son adictas a la

pornografía, por lo general, presentan adicción en otras áreas de su vida, por ejemplo, a las drogas, juegos, alimentos y más. Contrariamente a disfrutar del erotismo como una fuente de autoafirmación del placer físico, estas personas han aprendido a usar el sexo para disminuir algún dolor emocional de la infancia y adolescencia o para el alivio del estrés, los problemas cotidianos y la ansiedad (Carnes, 2001).

Existe controversia entre los autores sobre si llamarla “adicción a la pornografía” o “conducta sexual compulsiva”, sobre todo en lo que se refiere a diferenciar claramente entre una adicción y una compulsión en el área de la salud mental (Coleman, 1986).

Por lo pronto, Carnes (2001) ha establecido diez criterios para diagnosticar una adicción sexual. Es oportuno aclarar que esta conducta no es por sí sola un indicador de adicción sino que su repetición compulsiva sí puede llegar a convertirla en adictiva.

Criterios de adicción sexual:

1. Falla recurrente para resistir los impulsos sexuales.
2. Conductas sexuales más intensas de las pretendidas.
3. Esfuerzos sin éxito para detener, reducir o controlar el comportamiento.
4. Excesiva pérdida de tiempo en actividades sexuales, búsqueda y recuperación de experiencias sexuales.
5. Preocupación por las conductas sexuales y por la preparación previa a éstas.
6. Alejamiento progresivo de las obligaciones laborales, académicas, domésticas o sociales.
7. Continuación de la conducta a pesar de las consecuencias y riesgos.
8. Mayor necesidad de tiempo, frecuencia e intensidad para obtener el resultado deseado con la conducta sexual (tolerancia).
9. Limitar deliberadamente las actividades sociales, laborales o recreativas para tener tiempo libre para la conducta sexual.
10. Angustia, malestar, inquietud o irritabilidad cuando no se puede llevar a cabo el comportamiento.

Se necesita que la conducta presente un mínimo de tres de estos criterios para considerarla una adicción sexual. La mayoría de los adictos presenta cinco o más criterios.

Comentarios finales

La sexualidad es inherente a la vida, pero históricamente alrededor de ella ha existido una tendencia a abordarla de manera poco integral y desde posturas de negación y prohibición, lo que ha dado origen a innumerables mitos. Estas

creencias erróneas impactan no sólo en el terreno de lo cognitivo, sino también en el actitudinal y del comportamiento, obstaculizando el logro de una sexualidad sana, entendida como una vivencia placentera, segura, libre de coerción, discriminación y violencia. En la desmitificación y búsqueda de la salud, la educación sexual integral, otorgada a lo largo de la vida de manera oportuna, científicamente fundamentada y laica, juega un papel trascendente, por lo que es imprescindible que diferentes sectores, instituciones y actores nos hagamos responsables de su ejecución.

Lo recomendable siempre es que ante cualquier duda sobre la sexualidad propia o de otras personas nos informemos, ya sea con algún sexólogo o sexóloga, en libros o en sitios de internet. Siempre se debe verificar la fuente de esa información, que se sustente en bases científicas y que tenga un respaldo en investigaciones publicadas en revistas reconocidas. Las siguientes páginas de internet presentan información confiable sobre temas sexológicos:

- <http://www.sexuar.com.ar/default2.html>
- <http://www.sexologia.com>
- <http://sexovida.com/>.

Referencias bibliográficas

- AGNEW, K. J. ET AL. (2008). "Effect of semen on vaginal fluid cytokines and secretory leukocyte protease inhibitor". *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*.
- ALEGRET, J. ET AL. (2005). *Adolescentes: relaciones con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo*. Barcelona: Graó. Consultado en http://books.google.com/books?id=s1Ig2k7R8UgC&pg=PA104&dq=masturbacion&hl=es&ei=yQESTsGUKYy4oAHko4iaDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=88&ved=oCEwQ6AEwBw#v=onepage&q&f=false. Fecha de consulta: 20 de julio de 2011.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. 1999. "Circumcision policy statement. Task force on circumcision". *Pediatrics*, 103: 686.
- ARANGO DE MONTIS, I. 2008. *Sexualidad humana*. México, D.F.: Manual Moderno.
- BOSAZ, A. Y COLS. 2006. "Tamaño del pene en 106 hombres normales". *Revista Chilena de Urología*, 71 (1). Consultado en <http://www.urologosdechile.cl/pdf.php?id=279>. Fecha de consulta: 2 de agosto de 2011.
- BRITISH ASSOCIATION OF PEDIATRIC SURGEONS, ROYAL COLLEGE OF NURSING, ROYAL COLLEGE OF PEDIATRICS AND CHILD HEALTH, ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND AND ROYAL COLLEGE OF ANESTHETISTS. Marzo de 2001. "Statement on male circumcision". Londres: Royal College of Surgeons of England.
- CABERO ROURA, L. Y SALDÍVAR RODRÍGUEZ, D. 2007. *Obstetricia y medicina materno-fetal*. México, D.F.: Editorial Médica Panamericana.

- CARNES, P. 2001. *Out of the shadows: understanding sexual addiction*. Consultado en Google Books: http://books.google.com/books/about/Out_of_the_shadows.html?id=b1C6-lFkorYC. Fecha de consulta: 26 de julio de 2011.
- CASTELO-BRANCO, C. 2005. "Capítulo 24: Abordaje de la sexualidad en situaciones especiales (II). Embarazo y puerperio". *Sexualidad humana. Una aproximación integral*. México. D.F.: Editorial Médica Panamericana.
- CASTRO, R. 1995. "The logic of a traditional health belief: solar eclipse and pregnancy in Ocuilco, México". *Salud Pública de México*, 37(4): 329-338. Consultado en http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1995/num_4/37_4_lalogica.pdf.
- CHIH-CHUN, C.; KE-CHI, C., Y GUAN-YEU, D. 1999. "Topical steroid treatment of phimosis in boys". *Journal of Urology*, 162: 861-3.
- COLEMAN, E. 14 de julio de 1986. *Sexual compulsion vs sexual adicction: the debate continues*. Consultado en SIECUS, Report: http://www.siecus.org/_data/global/images/14-6.pdf. Fecha de consulta: 8 de julio de 2011.
- COWAN, J. 1869. *Science of a new life*. Hardpress.
- CURRY, A. 13 de mayo de 2009. *The earliest pornography?* Consultado en Science: <http://news.sciencemag.org/sciencenow/2009/05/13-01.html>. Fecha de consulta: 14 de julio de 2011.
- DAVIES, K. A. Primavera de 1997. "Voluntary exposure to pornography and men's attitudes toward feminism and rape". *Journal of Sex Research in Find Articles*. Consultado en http://findarticles.com/p/articles/mi_m2372/is_n2_v34/ai_19551963/. Fecha de consulta: 15 de julio de 2011.
- DWORKIN, A. 1988. *Letters from a war zone*. Nueva York: E. P. Dutton.
- EDWARDS, R. 2001. *The definitive penis size survey results*. Consultado en <http://sisesurvey.com/result.html>. Fecha de consulta: 13 de julio de 2011.
- EISENMAN, R. 12 de mayo de 2000. *Penis size: width may be more important than lenght for female satisfaction*. Consultado en University of Texas-Pan American: <http://www.biomedcentral.com/content/backmatter/1472-6874-1-1-b1.pdf>. Fecha de consulta: 13 de julio de 2011.
- EVERYWOMAN. 1988. *Pornography and sexual violence: evidence of the links*. Londres: Everywoman.
- FINK, K. S.; CARSON, C. C., Y DEVELLIS, R. F. Mayo de 2002. "Adult circumcision outcomes study: effect on erectile function, penile sensitivity, sexual activity and satisfaction". *Journal of Urology*, 167(5): 2113-2116.
- FRANCKEN, A. E. 2002. "What importance do women attribute to the size of the penis?". *European Urology*, 42: 426-431. Consultado en <http://www.kozmetikcerrahi.com/indir/penissize.pdf>. Fecha de consulta: 19 de julio de 2011.
- FRISCH, M.; LINDHOLM, M., Y GRØNBÆK, M. 2011. "Male circumcision and sexual function in men and women: a survey-based cross-sectional study in Denmark". *International Journal of Epidemiology*, 40: 1367-1381.
- GARCÍA, L. 1986. "Exposure to pornography and attitudes about women and rape: a correlational study". *Journal of sex resaearch*, 22(3): 378-385.

- GEBHARD, J. A. 1979. *Penis size FAQ (based on original Kinsey Data, 1948)* & Bibliography. Consultado en The Kinsey Institute: <http://www.kinseyinstitute.org/resources/bib-penis.html>. Fecha de consulta: 20 de julio de 2011.
- GENERAL MEDICAL COUNCIL (GMC). 1997. *Guidance for doctors who are asked to circumcise male children*. Londres: GMC.
- GOLDSTEIN, D. B. 1995. "Biological basis of sexual orientation". Conferencia en la Universidad de Stanford. Consultado en <http://www.stanfordu.edu/dept/news/pr/95/950310Arc5328.html>.
- GOUSSEVA, S. T. 11 de julio de 2007. *History of pornography: scandalous beginning and habitual reality*. Consultado en Pravda.ru: <http://english.pravda.ru/society/sex/11-07-2007/94805-pornography-o/>. Fecha de consulta: 18 de julio de 2011.
- GREYDANUS, D. E. Y GELLER, B. Noviembre de 1980. "Masturbation: historic perspective". *New York State Journal of Medicine*, 80(12): 1892-6. Consultado en línea en PubMed PMID: 7015194. Fecha de consulta: 26 agosto de 2011.
- GUILEY, ROSEMARY. 2004. *The encyclopedia of angels*, 2ª ed. Nueva York: Visionary Living, Inc. Consultado en http://books.google.com/book?id=15XABtvHcEsC&pg=PA98&dq=masturbation+in+inquisition+incubi&hl=es&ei=qVsTTvrXJ-KGsgLQo9TUDw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=oCCkQ6AEwAA#v=onepage&q=masturbation%20in%20inquisition%20incubi&f=false. Fecha de consulta: 2 de julio del 2011.
- GUZMÁN, J. 2008. "Micropene". *Revista Mexicana de Urología*, 68(1): 1-2. Consultado en <http://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2008/uro81a.pdf>. Fecha de consulta: 20 de julio de 2011.
- HAEBERLE, E. 2012. *Archivos de sexología*. Humboldt Universitat zu Berlin. Consultado en <http://www2.hu-berlin.de/sexology/index.htm>.
- HARDING, R. Y GOLOMBOK, S. Agosto de 2002. "Test-retest reliability of the measurement of penile dimensions in a sample of gay men." *Archives of Sexual Behavior*, 4(13): 351-357. Consultado en <http://www.springerlink.com/content/fc81gc7aba2aw48q/fulltext.pdf>. Fecha de consulta: 21 de julio de 2011.
- HAROIAN, L. 1 de febrero de 2000. "Child sexual development". *Electronic Journal of Human Sexuality*, (3). Consultado en <http://www.ejhs.org/volume3/Haroian/body.htm>. Fecha de consulta: enero de 2012.
- HERBENICK, D.; REECE, M.; SCHICK, V. ET AL. 2010. "Sexual behavior in the United States: results from a national probability sample of men and women ages 14-94". *Journal of Sexual Medicine*, 7(suplemento 15): 255-265.
- HUTCHINSON G., A. 1999. *Meaning and medicine: a reader in the philosophy of health care*. Nueva York: Rutledge. Consultado en http://books.google.com/books?id=rEzxpZXoBNkC&pg=PA5&dq=hipocrates+and+masturbation&hl=es&ei=okQT'TsXKEUjJsQK9r9TUDw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=oCCkQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false. Fecha de consulta: 14 de julio del 2011.

- JAKOBOVITS, A. A. OCTUBRE DE 2001. "Fetal penile erection". *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 18(4): 405.
- KAZAURA, M. R. Y MASATU, M. C. 6 de octubre de 2009. "Sexual practices among unmarried adolescents in Tanzania". *BMC Public Health*, 9: 373. Consultado en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19804651>. Fecha de consulta: 22 de julio de 2011.
- KELLY, G. 2004. *Sexuality today. The human perspective*. Nueva York: McGraw-Hill.
- KEVAN, R. 2006. "Penile size and the small penis syndrome". *BJU International. Journal Compilation 2007*. Consultado en http://majorityrights.com/images/uploads/penis_size.pdf. Fecha de consulta: 20 de julio de 2011.
- KINSEY, A. C., POMEROY, W. B. Y MARTIN, C. E. 1948. *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders. Consultado en <http://library.du.ac.in/dspace/bitstream/1/9924/8/Part.02%20Factors%20affecting%20sexual%20%28Ch.09-%20Ch.10%29.pdf>. Fecha de consulta: 7 de julio de 2011.
- KOMISARUK, R. B.; BEYER-FLORES, C., Y WHIPPLE, B. 2006. *The science of orgasm*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- LAJEUNESSE, S. 4 de diciembre de 2009. "Desmiente estudio vínculo entre pornografía y violencia sexual". *La Jornada*, México, D.F. Consultado en <http://www.jornada.unam.mx/2009/12/04/index.php?section=ciencias&article=ao2n1cie>. Fecha de consulta: 4 de julio de 2011.
- LAKSHMANAN, S. Y PRAKASH, S. 1980. "Human prepuce: some aspects of structure and function". *Indian Journal of Surgery*, 44: 134-137. Consultado en <http://www.cirp.org/library/anatomy/lakshmanan/>.
- LEVER, J. E. 2006. "Does size matter? Men's and women's views on penis size across the lifespan". *Psychology of Men & Masculinity*, 3(7):129-143. Consultado en <http://dfred.bol.ucla.edu/LeverFrederickPeplau-2006PMM-PenisSizeSatisfaction.pdf>. Fecha de consulta: 20 de julio de 2011.
- MARQUES, A. ET AL. 2010. "The status of pelvic floor muscle training for women. Canadian Urological Association". *Canadian Urological Association Journal*, 4(6): 419-24. Consultado en <http://www.cuaj.ca/cuaj-jauc/vol4-no6/19-cuaj-pelvic-floor-muscle-training-review-dec-10.pdf>.
- MASTERS, W. Y JOHNSON, V. 1981. *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Inter-médica.
- MAXWELL, W. R. 2010. *Letters from the Inquisition*. EUA: Xlibris Corporation. Consultado en http://books.google.com/books?id=LviG1aUrfmC&pg=PA37&dq=masturbation+in+inquisition&hl=es&ei=jVETTakINGCsALuteXUDw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=oCDMQ6AEwAg#v=onepage&q=masturbation%20in%20inquisition&f=false. Fecha de consulta: 5 de julio de 2011.
- MAYO CLINIC. Mayo de 2010. *Kegel exercises: a how-to guide for women*. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). Consultado en <http://www.mayoclinic.com/health/kegel-exercises/WO00119>. Fecha de consulta: julio de 2011.

- MCCARY J. L. Y COLS. 1996. *Sexualidad humana de McCary*. México, D.F.: Manual Moderno.
- MCCARY, J. L. Y MCCARY, S. 2000. "Capítulo 7: Fertilización, desarrollo prenatal y nacimiento". *Sexualidad humana de McCary*, pp. 93-94. México, D.F.: Manual Moderno.
- MERY, V. Y LARRONDO, F. Julio de 2005. *¿Un eclipse afecta a las mujeres que están embarazadas?* Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile. Consultado en <http://escuela.med.puc.cl/recursos/mbe2001/respuesta170705.html>. Fecha de consulta: julio de 2011.
- MONDAINI, N. ET AL. 2002. "Penile length is normal in most men seeking penile lengthening". *International Journal of Impotence Research*, 14: 283-286. Consultado en <http://www.nature.com/ijir/journal/v14/n4/pdf/3900887a.pdf>. Fecha de consulta: 20 de julio de 2011.
- MORALES HERRERA, J. 2000. "La adicción a la pornografía", en J. Morales Herrera (comp.), *Consejería al adolescente y el joven*. Seminario Internacional de Miami, p. 78. Consultado en mintsespanol.byethost12.com/cursos/BAM31111_Consejeria_Joven.pdf. Fecha de consulta: 11 de febrero de 2014.
- MOSES, S.; BAILEY, R. C., Y RONALD, A. R. 1998. "Male circumcision: assessment of health benefits and risks". *Sexually Transmitted Infections*, 74(5): 368-373.
- NEAVES, WILLIAM B. ET AL. 1 de octubre de 1984. "Leydig cell numbers, daily sperm production, and serum gonadotropin levels in aging men". *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 4(59): 756-763. Consultado en <http://jcem.endojournals.org/content/59/4/756.short>. Fecha de consulta: 20 de agosto de 2011.
- OREJÓN DE LUNA, G. Y FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, M. 2007. "En la fimosis es aconsejable el tratamiento con corticoides tópicos antes de plantearse una opción quirúrgica". *Evidencias en Pediatría*, 3: 82.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2006. *Defining sexual health. Report of a Technical Consultation on Sexual Health, 28-31 January 2002*. Ginebra: OMS.
- . 2007. *Male circumcision: global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability*. Suiza: World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- PALEY, M. 2000. *El libro del pene*. Barcelona: Planeta.
- PATTON, M. S. 1986. "Twentieth-century attitudes toward masturbation". *Journal of Religion and Health*, 4(25). Consultado en <http://www.springerlink.com/content/h160971132215h11/>. Fecha de consulta: 22 de julio de 2011.
- PEDREIRA, D. A.; YAMASAKI, A., Y CZERESNIA, C. E. Octubre de 2001. "Fetal phallus 'erection' interfering with the sonographic determination of fetal gender in the first trimester". *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 18(4): 402-404.
- PORST, H. Y REISMAN, Y. (EDS.). 2012. *The ESSM syllabus of sexual medicine 2012*. Reino Unido: European Society for Sexual Medicine /Medix.

- PUIGVERT, A. 2007. “¿El tamaño no importa?”. *Revista Internacional de Andrología*, 5(4): 421-424. Consultado en <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/262/262v5n4a13115533pdf001.pdf>. Fecha de consulta: 28 de junio de 2011.
- REYES, M. 7 de abril de 2011. “Una historia cultural del pene. El orgullo masculino”. *La Jornada*, suplemento *Letra S*, p. 177.
- RINKLEIB ELLISON, C. Julio-agosto de 2008. “The art of masturbation”. *Women's Health Magazine*, p. 132. Consultado en <http://books.google.com.mx/>. Fecha de consulta: 24 de julio de 2011.
- SÁNCHEZ, Ó. A. 16 de abril de 2011. Suite 101. Consultado en La pornografía y la erótica: <http://www.suite101.net/content/la-pornografia-y-la-erotica-a49132>. Fecha de consulta: 4 de julio de 2011.
- SEXUALITY INFORMATION AND EDUCATION COUNCIL OF THE UNITED STATES (SIECUS). 2004. *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education*, 3ª ed. Estados Unidos: Fulton Press.
- . 2012. Consultado en <http://siecus.org/>. Fecha de consulta: enero de 2012.
- SHERER, D. M.; EGGERS, P. C., Y WOODS, J. R. JR. JUNIO DE 1990. “In-utero fetal penile erection”. *Journal Ultrasound Medicine*, 9(6): 371.
- STULHOFER, A. Febrero de 2006. “How (un)important is penis size for women with heterosexual experience?”. *Archives of Sexual Behavior*, 1(35) : 5-6. Consultado en <http://www.springerlink.com/content/wqw4675505001761/>. Fecha de consulta: 13 de julio de 2011.
- VILCHES-ROMÁN, C. 2004. “Censura y tolerancia del material sexualmente explícito: la opinión de los estudiantes universitarios de pregrado”. *Information Research*, 9(4) artículo 190. Consultado en <http://InformationR.net/ir/9-4/paper190.html>. Fecha de consulta: 5 de julio de 2011.
- WESTHEIMER, R. K. 2008. *Sexo para dummies*, 3ª ed., cap. 14, p. 223. New Jersey: Wiley. Consultado en http://books.google.com/books?id=mjsVHSNuRy8C&pg=PA223&dq=masturbacion+ruth+westheimer&hl=es&ei=lwwSTtyoFsKzoAHNg4iNDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=oCCKQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false. Fecha de consulta: 5 de julio 2011.

Autores

ANA LETICIA SALCEDO ROCHA

Médica Cirujana con maestría en Salud Pública por la Universidad de Guadalajara y doctorado en Ciencias Sociales por el programa CIESAS-UdeG, con estancia en El Colegio de México. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores; coordinadora adjunta del programa doctoral de Sociomedicina de la UdeG. Investigadora de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud de esa misma institución.

JAVIER EDUARDO GARCÍA DE ALBA GARCÍA

Médico Cirujano egresado de la Universidad de Guadalajara, con maestría en Salud Pública y Administración Médica por la Escuela de Salud Pública de México. Especialista en Hipertensión Arterial por la Sociedad Latinoamericana de Hipertensión; doctor en Antropología por la Universidad Nacional Autónoma de México, con estancia en la Universidad de California, Irvine. Coordinador adjunto del programa doctoral de Sociomedicina de la UdeG; miembro del Sistema Nacional de Investigadores e investigador de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud de esa misma institución.

VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SIORDIA

Médico Psiquiatra egresado de la Universidad de Guadalajara. Director del Centro de Atención Integral en Salud Mental (Caisame), y profesor adjunto de psiquiatría estancia prolongada. Miembro de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco, de Colegio Médico, A.C. y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.

ALICIA ALMANZAR CUIEL

Historiadora con maestría en Historia de la Arquitectura Mexicana por la Universidad de Guadalajara. Investigadora del Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la misma institución.

ROSA ELIZABETH SEVILLA GODÍNEZ

Médica Cirujana y Partera con maestría en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara con especialidad en Epidemiología por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Profesora-investigadora y coordinadora del posgrado de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

ALEJANDRO RAMOS ESCOBEDO

Psicólogo con maestría en Antropología Social por El Colegio de Michoacán y doctorado en Ciencias Sociales por la Universidad de Guadalajara. Profesor-investigador del Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la UdeG. Sus áreas de investigación son: práctica psiquiátrica pública y cultura del divorcio.

OSMAR JUAN MATSUI SANTANA

Médico Cirujano y Partero con maestría en Salud Pública y maestría en Educación de la Sexualidad Humana y doctorado en Ciencias Sociomédicas por la Universidad de Guadalajara. Miembro de la Society for the Scientific Study of Sexuality, y representante de la UdeG ante el Consejo Estatal contra el sida.

LAURA TERESA FLORES GONZÁLEZ

Médica Cirujana y Partera con maestría en Terapia Sexual y de Pareja por el Instituto Kaplan de Psicología y Sexología de Madrid, España; y maestrante en Educación de la Sexualidad por el Centro de Educación y Atención a la Salud y la Sexualidad de la Secretaría de Educación Pública Jalisco. Miembro de la International Society for the Study of Women Sexual Health.

MARTHA VILLASEÑOR FARÍAS

Médica Cirujana y Partera con maestría en Ciencias de la Salud Pública y doctorado en Ciencias Sociomédicas por la Universidad de Guadalajara.

Mitos y realidades en salud-enfermedad
se terminó de imprimir en marzo de 2014
en los talleres de Offset Studio
Miguel Blanco 1399, Col.Americana
44100 Guadalajara, Jalisco

En la formación de este libro se utilizaron las familias
tipográficas Minion Pro, diseñada por Robert Slimbach,
y Ronnia, diseñada por Veronika Burian y José Scaglione.