

Departamento de Psicología Experimental

Facultad de Psicología

Programa de Doctorado

“Estudios de las Mujeres y de Género”

Trabajo de investigación

**APROXIMACIÓN A LAS CREENCIAS POPULARES
SOBRE LOS CICLOS VITALES FEMENINOS
DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO**

Doctoranda

Alicia Botello Hermosa

Directoras

Consuelo Flecha García

Rosa Casado Mejía

Universidad de Sevilla

Septiembre 2012

A Manolo, por supuesto.

A mi padre Jesús Manuel y a mi madre Alicia.

A mi hijo Manuel y a mi hija Alicia.

AGRADECIMIENTOS

A la profesora **D.^a Consuelo Flecha García**, por creer en mí y apoyar esta investigación, enseñarme, guiarme y aconsejarme a lo largo de estos años y por su inmensa generosidad en todos los sentidos, por la que siempre le estaré agradecida.

A la profesora **D.^a Rosa Casado Mejía**, por su disponibilidad, ayuda y conocimientos compartidos a lo largo de la investigación.

A las responsables del Sindicato **USTEA** de Sevilla, por su desinteresada ayuda y entrega.

A las compañeras del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla, con especial cariño a la profesora **D.^a Inmaculada Cruz Domínguez**, por su acompañamiento a lo largo de estos años.

A mis amigas **Gloria, Salud, Rosa y Maite** del programa de doctorado de “Estudios de las Mujeres y de Género” del Departamento de Psicología Experimental de la Universidad de Sevilla

A las compañeras del grupo de investigación de “Mujeres, bienestar y ciudadanía”, **Esperanza y M^a Jesús**, por su interés y aliento.

A toda mi familia, principalmente a **Carmen**, por ayudarme a sacar tiempo de donde parecía imposible.

A mi prima **Marta**, por su paciencia, ayuda y consejos.

Y muy especialmente a **todas las mujeres que participaron en mi investigación**, por abrirme sus corazones y dejarme ver dentro de ellas.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 17 |
| I. PARTE TEÓRICA | 25 |
| 1. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD | 27 |
| 1.1. INTRODUCCIÓN | 27 |
| 1.2. EL GÉNERO COMO CATEGORÍA CENTRAL | 28 |
| 1.2.1. Asimetría sexual, relaciones sociales de sexo, género | 31 |
| 1.3. DIFERENCIAS VS. DESIGUALDADES | 34 |
| 1.4. ANÁLISIS DE GÉNERO | 36 |
| 1.5. CONCEPTO DE <i>SALUD</i> | 39 |
| 1.6. LA TEORÍA Y EPISTEMOLOGÍA FEMINISTAS Y LA SALUD | 45 |
| 1.6.1. Intersección entre las teorías de la salud y la teoría feminista | 48 |
| 1.6.1.1. Análisis de determinantes de género en salud | 49 |
| 1.6.1.2. Modelo de atención a la salud con intervención sobre los determinantes de género | 50 |
| 1.7. LA SALUD DE LAS MUJERES | 51 |
| 1.8. EL PROCESO DE ANÁLISIS DE LA SALUD CONSTRUIDO CON UN ENFOQUE INTEGRADO DE GÉNERO | 56 |
| 1.8.1. Variables socioeconómicas que posibilitan el análisis desde una perspectiva de género | 57 |
| 1.8.2. Variables relativas al proceso salud-enfermedad | 59 |
| 1.8.3. Variables relacionadas con atención desde los servicios sanitarios..... | 60 |
| 1.9. LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO | 62 |
| 1.9.1. Biología humana..... | 63 |
| 1.9.2. Medio Ambiente | 65 |

| | |
|--|------------|
| 1.9.3. La pobreza..... | 66 |
| 1.9.4. Violencia contra las mujeres | 67 |
| 1.9.5. Estilos de vida..... | 68 |
| 1.9.6. Sistemas de atención a la salud..... | 69 |
| 2. CICLO DE VIDA DE LAS MUJERES Y RELACIÓN CON LAS ETAPAS REPRODUCTIVAS | 71 |
| 2.1. LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO | 71 |
| 2.2. CICLO DE VIDA Y CICLO FÉRTIL: ¿BIOLOGÍA Y CULTURA? | 76 |
| 2.3. PERIODOS DE TRANSICIÓN ENTRE LAS DIFERENTES ETAPAS REPRODUCTIVAS..... | 79 |
| 2.4. ETAPAS REPRODUCTIVAS Y SUS “HITOS” CULTURALES | 81 |
| 2.4.1. La pubertad: transición hacia la fertilidad | 81 |
| 2.4.1.1. La menarquia. El comienzo de “ser mujer” | 84 |
| 2.4.1.2. Madurez fértil: el ciclo menstrual..... | 85 |
| 2.4.1.3. Fisiología del ciclo menstrual | 88 |
| 2.4.1.4. Simbolismo de la sangre menstrual. Tabúes y mitos..... | 89 |
| 2.4.1.5. Ciclo menstrual e investigación científica..... | 91 |
| 2.4.2. El climaterio: transición hacia el periodo no fértil..... | 92 |
| 2.4.2.1. Menopausia: concepto y sintomatología..... | 96 |
| 2.4.2.2. El discurso biomédico..... | 99 |
| 2.4.2.3. La menopausia desde la perspectiva feminista..... | 104 |
| 2.4.2.4. La medicalización de la menopausia..... | 105 |
| 3.1. CREENCIAS POPULARES Y SUPERSTICIONES..... | 109 |
| 3.2. NOCIONES Y MITOS..... | 112 |
| 3.2.1. La Antropología y el saber de la diferencia humana | 115 |
| 3.3. TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES..... | 117 |
| 3.3.1. Naturaleza, contenido y procesos de las representaciones sociales | 118 |
| 3.4. REPRESENTACIONES SOCIALES DEL CICLO MENSTRUAL. HISTORIA, ANTROPOLOGÍA Y MEDICINA POPULAR | 123 |
| 3.4.1. Paradigmas histórico-científicos sobre ciclo menstrual de las mujeres | 124 |
| II. PARTE EMPÍRICA | 135 |

| | |
|--|------------|
| 4. INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO EMPÍRICO Y SUS OBJETIVOS | 137 |
| 4.1. INTRODUCCIÓN | 137 |
| 4.2. OBJETIVOS | 138 |
| 4.3. SUJETOS Y METODOLOGÍA | 139 |
| 4.3.1. El método cualitativo | 139 |
| 4.3.2. La investigación cualitativa en salud..... | 144 |
| 4.3.3. Unidad de observación..... | 146 |
| 4.3.4. Categorías de análisis | 148 |
| 4.4. ESTRATEGIAS PARA OBTENER INFORMACIÓN: TÉCNICAS UTILIZADAS..... | 154 |
| 4.4.1. La entrevista semiestructurada..... | 154 |
| 4.4.1.1. Criterios de segmentación | 156 |
| 4.4.1.2. Criterios de variabilidad | 157 |
| 4.4.1.3. Perfiles de las mujeres entrevistadas | 158 |
| 4.4.1.4. Recogida de la información..... | 161 |
| 4.4.2. Los grupos focales | 162 |
| 4.4.2.1. Desarrollo de los grupos..... | 169 |
| 4.5. ANÁLISIS DE CONTENIDO | 171 |
| 5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS | 177 |
| 5.1. INTRODUCCIÓN | 177 |
| 5.2. MENARQUIA | 182 |
| 5.2.1. Tabú entre madres e hijas | 183 |
| 5.2.2. Desconocimiento de la menarquia: el “golpe” o “porrazo” | 188 |
| 5.2.3. Principal fuente de información: el grupo de iguales..... | 190 |
| 5.2.4. Otra fuente de información: en las aulas | 193 |
| 5.2.5. Implicación del padre en la menarquia | 196 |
| 5.2.6. Menarquia como paso de “niña a mujer” | 199 |
| 5.2.7. Información centrada en la prevención de los embarazos..... | 205 |
| 5.2.8. Actitudes frente a la menarquia | 206 |
| 5.2.9. Expresiones populares y metáforas sobre la menarquia..... | 209 |
| 5.3. MENSTRUACIÓN Y CICLO MENSTRUAL..... | 215 |
| 5.3.1. Creencias sobre la sangre menstrual..... | 218 |
| 5.3.1.1. El agua es incompatible con la sangre menstrual..... | 219 |

| | |
|---|------------|
| 5.3.1.2. La sangre menstrual es impura..... | 221 |
| 5.3.1.3. La sangre menstrual es tóxica..... | 225 |
| 5.3.1.4. La sangre menstrual es suciedad/desechos | 226 |
| 5.3.2. Miedos durante la menstruación | 227 |
| 5.3.2.1. Miedos con respecto a la higiene | 228 |
| 5.3.2.2. Miedos hacia la mujer menstruante | 231 |
| 5.3.2.3. Miedos basados en el ataque de animales..... | 235 |
| 5.3.3. Prohibiciones en la menstruación | 238 |
| 5.3.3.1. Prohibiciones con respecto a la higiene corporal..... | 239 |
| 5.3.3.2. Prohibiciones relacionadas con la alimentación | 247 |
| 5.3.3.3. Prohibición de tener relaciones sexuales | 252 |
| 5.3.3.4. Prohibiciones recogidas por las religiones..... | 253 |
| 5.3.4. Estrategias | 255 |
| 5.3.4.1. Estrategias como alternativas a la prohibición del uso del agua..... | 256 |
| 5.3.4.2. Paños higiénicos..... | 259 |
| 5.3.4.3. Estrategias utilizadas durante el trabajo en el campo..... | 262 |
| 5.3.4.4. Remedios naturales | 263 |
| 5.4. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA MATERNA.... | 269 |
| 5.4.1. Embarazos..... | 269 |
| 5.4.1.1. Misterio y tabú. Supersticiones..... | 270 |
| 5.4.1.2. Miedos por la edad de la madre | 273 |
| 5.4.1.3. La maternidad como única vía hacia la felicidad | 276 |
| 5.4.2. Partos | 277 |
| 5.4.2.1. Testimonios de los partos en casa | 277 |
| 5.4.2.2. Utensilios: agua caliente, toallas, sábanas y hules | 281 |
| 5.4.3. Puerperio | 283 |
| 5.4.4. Lactancia materna..... | 286 |
| 5.4.4.1. Estrategias | 286 |
| 5.4.4.2. Miedos | 295 |
| 5.5. MENOPAUSIA | 299 |
| 5.5.1. Un rito de paso: hacerse “vieja” | 299 |
| 5.5.2. Poderes sobrenaturales..... | 302 |
| 5.5.3. Tratamiento de la menopausia. Temor al cáncer..... | 304 |

| | |
|--|------------|
| 5.5.4. Principales signos externos | 307 |
| CONCLUSIONES | 317 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 325 |
| ANEXOS..... | 341 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| FIGURA 1. ENFOQUE SOBRE SALUD DEL CONJUNTO DE LA TEORÍA FEMINISTA..... | 46 |
| FIGURA 2. RELACIÓN ENTRE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS | 153 |
| FIGURA 3: CRITERIOS DE ELECCIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS: 2 ENTREVISTAS/PERFI..... | 157 |
| FIGURA 4. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS..... | 181 |
| FIGURA 5. REPRESENTACIONES SOBRE LA MENARQUIA | 182 |
| FIGURA 6. FUENTES DE INFORMACIÓN DE LA MENARQUIA | 198 |
| FIGURA 7. EXPRESIONES POPULARES DE LA MENARQUIA | 211 |
| FIGURA 8. REPRESENTACIONES SOBRE LA MENSTRUACIÓN..... | 215 |
| FIGURA 9. PRINCIPALES CREENCIAS SOBRE LA SANGRE MENSTRUAL. | 219 |
| FIGURA 10. PRINCIPALES MIEDOS EN RELACIÓN CON LA MENSTRUACIÓN..... | 228 |
| FIGURA 11. MIEDOS RELATIVOS A LA HIGIENE Y LA MENSTRUACIÓN | 229 |
| FIGURA 12. MIEDOS HACIA LA MUJER MENSTRUANTE..... | 232 |
| FIGURA 13. PROHIBICIONES RESPECTO A LA MENSTRUACIÓN..... | 239 |
| FIGURA 14. PROHIBICIONES DURANTE LA MENSTRUACIÓN RELACIONADAS CON LA HIGIENE Y LAS RELACIONES SEXUALES | 240 |
| FIGURA 15. PRINCIPALES ESTRATEGIAS RELACIONADAS CON LA MENSTRUACIÓN..... | 256 |
| FIGURA 16. EXPRESIONES POPULARES DE LA MENSTRUACIÓN | 267 |
| FIGURA 17. REPRESENTACIONES SOBRE EL EMBARAZO..... | 270 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|-----|
| TABLA 1. VARIABLES SOCIOECONÓMICAS QUE POSIBILITAN EL ANÁLISIS DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO | 58 |
| TABLA 2. VARIABLES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD | 60 |
| TABLA 3. VARIABLES RELACIONADAS CON ATENCIÓN A LA SALUD DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS..... | 61 |
| TABLA 4. PRINCIPALES INSTRUMENTOS INTERNACIONALES RELACIONADOS CON LA SALUD REPRODUCTIVA..... | 74 |
| TABLA 5. DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS ASOCIADOS A LA MENOPAUSIA | 95 |
| TABLA 6. MODELOS O PARADIGMAS DE ANÁLISIS DE LA REALIDAD... | 140 |
| TABLA 7. CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA | 142 |
| TABLA 8 PERFILES DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS..... | 159 |
| TABLA 9. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS GRUPOS FOCALES... | 165 |
| TABLA 10. CARACTERÍSTICAS G1: MUJERES DE MEDIANA EDAD TRABAJADORAS FUERA DE CASA (7 PARTICIPANTES) | 166 |
| TABLA 11. CARACTERÍSTICAS G2: MUJERES JÓVENES ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS (7 PARTICIPANTES)..... | 167 |
| TABLA 12. CARACTERÍSTICAS G3. HETEROGÉNEO EN CUANTO A EDAD Y ETNICIDAD. (5 PARTICIPANTES)..... | 168 |

INTRODUCCIÓN

"...La máxima participación de la mujer, en igualdad de condiciones con el hombre, en todos los campos, es indispensable para el desarrollo pleno y completo de un país, el bienestar del mundo y la causa de la paz."

[Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación, 1979]

Las investigaciones sobre mujeres, salud y género son cada vez más frecuentes en nuestro país según un estudio realizado por Esther Castaño López¹, cuyo título es *Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005)*. Para esta autora, por un lado, se están investigando temas «genuinamente femeninos», como por ejemplo el cáncer de útero, de mama, la menopausia etc., trabajos centrados de forma directa en la salud de las mujeres; mientras que por otro lado, existen estudios en los que se analiza un problema de salud junto a los factores asociados al mismo, observados de manera separada en mujeres y en hombres. Es importante resaltar que, en ambos casos, el sexo es una variable necesaria, pero no suficiente para incorporar la denominada *perspectiva de género*, ya que podrían estar obviándose los determinantes y condicionantes de los

¹ Esther Castaño-López, Juncal Plazaola-Castaño, Julia Bolívar-Muñoz, Isabel Ruiz-Pérez. "Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005)". *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2006 [consultado el 15 de julio de 2012]; 80(6): 705-716. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000600010&lng=es.

procesos de salud y enfermedad diferentes en las mujeres y en los hombres. En este caso, dichos estudios no se habrían realizado con perspectiva de género, aunque tratasen temas de mujeres.

Diferentes investigaciones y monografías señalan que el conocimiento de las formas de enfermar actuales carece de un análisis crítico que permita la visibilización de los problemas de salud que afectan a mujeres y hombres de forma diferenciada. Ese análisis crítico supone superar la concepción biomédica de la salud, incluyendo metodologías de investigación que incorporen una perspectiva más contextual y holística de la salud de las mujeres y de los hombres, para identificar tanto las diferencias en los modos de enfermar de cada uno de los sexos como las diferencias que debido a uno u otro *género* se podrían presentar. El desarrollo del llamado «*enfoque de género en salud*» es un fenómeno reciente: a mediados del siglo XX diversas autoras feministas empiezan a hablar por primera vez de la construcción social de las diferencias sexuales.

El término *género* se ha definido como un *constructo* social que pone de manifiesto las convenciones culturales, los roles y los comportamientos sociales que diferencian a las mujeres y a los hombres; por tanto, intenta distinguir el sexo biológico de la forma en que la sociedad construye el «ser hombre» o «ser mujer». Es muy importante destacar como punto de partida que el concepto de género es relacional: lo que define este enfoque de género es el análisis que exige de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, para poder desvelar a través de él la existencia de desigualdades.

Por tanto, un enfoque de género en salud trasciende el campo de la «salud de las mujeres». Una visión de género, lejos de olvidar a los hombres, los incluye como elemento esencial en las dinámicas de poder y de desigualdad que afectan a la salud de todos, tanto de mujeres como de hombres². Son las relaciones de género y sus cambios dentro de diversos contextos y situaciones los factores que deben centrar los análisis y los estudios, así como las diferencias en las realidades y en los intereses que caracterizan a los colectivos masculinos o femeninos. Esto, además de las diferencias biológicas

² Informe SESPAS 2004: *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social* [Internet] 2004. [consultado el 11 de mayo de 2012] Disponible en http://www.sespas.es/ind_lib07.html.

(anatómicas, hormonales o cromosómicas) entre mujeres y hombres, las cuales pueden desencadenar en diferentes condiciones de salud y de enfermedad³.

De esta forma se incorpora el *género* al *análisis de los problemas de salud*, lo que ayuda a poner de manifiesto las circunstancias y los contextos en que las *desigualdades* redundan en perjuicio de la salud de las mujeres, las limitaciones y las dificultades a las que se enfrentan para alcanzar la salud y los modos de hacerles frente y superarlas. Reiteramos que el análisis de los problemas de salud debe incluir a mujeres y hombres, por la importancia que tiene el sistema de relaciones entre ellos.

Los factores que explican y determinan los problemas de salud están vinculados a aspectos biológicos, pero también a entornos sociales, puesto que el sistema sexo-género atribuye roles distintos a hombres y a mujeres. Por tanto, incorporar el *género* al *análisis de los problemas de salud* requiere partir de un marco teórico que explique el proceso de salud-enfermedad relacionado no solo con la biología, sino también con el contexto social y con los significados subjetivos que cada persona les puede atribuir.

Es, sin embargo, todavía habitual y erróneo partir del paradigma biomédico, olvidando que para una atención integral es necesaria la aplicación de paradigmas que partan de la teoría biopsicosocial, donde los fenómenos salud-enfermedad sean entendidos y tratados como un *continuum*.

Con respecto a la salud de las mujeres, se viene denunciando que proviene del poder médico masculino la categorización de cuáles son los problemas y cuáles son las prioridades⁴. Desde la perspectiva androcéntrica el análisis de los procesos salud-enfermedad se ha realizado mayoritariamente, bien excluyendo a las mujeres de los objetivos específicos de investigación y de los ensayos clínicos, o bien atribuyéndoles las mismas características que a los hombres en la definición de los problemas, extrapolando los resultados de los hombres a las mujeres (por ejemplo en las investigaciones con fármacos), sin tener en cuenta las consecuencias en los cambios hormonales o en los embarazos.

Para incorporar la perspectiva de género al estudio de la salud es preciso tener presente un concepto de la misma como “fenómeno social total”, en el que los planos colectivos y personales aparecen muy entremezclados y constituyendo a su vez una

³ Esther Castaño-López et al. *op.cit.*, p. 706.

⁴ Victoria Sau. “Estrés, salud mental y psicología de género. Mujeres, trabajo y salud”. *Quadern CAPS* n° 24. Barcelona; 1996.

estructura global más compleja. Para autores como Fernando Conde⁵, el análisis de esta estructura compleja tiene que poner de manifiesto el estatus diferencial de mujeres y hombres en nuestra sociedad, la relación de poder entre los sexos, los estereotipos, los prejuicios y los estigmas sociales. Adicionalmente debe permitir conocer cómo desde las visiones de cada género perciben su salud, el valor que le asignan, las creencias en torno a ella, las motivaciones profundas que se encuentran en la base de los comportamientos saludables y nocivos, etc. El análisis de esta dimensión social y cultural de la salud sin duda proporciona información valiosa acerca del impacto en la salud de las mujeres, permitiendo visibilizar y reconocer las situaciones potenciales de desigualdad y de discriminación que se producen cuando no se entra en ese análisis.

Las Ciencias de la Salud han abordado estudios de género y salud en mayor medida que otros ámbitos del conocimiento, aunque no lo han hecho de manera exclusiva. En la Antropología hay múltiples antecedentes de estudios de género, en los que podemos destacar a autoras como la antropóloga estadounidense Margaret Mead (Filadelfia, 1901-Nueva York, 1978), con aportaciones relevantes fruto de sus investigaciones en torno a 1930 sobre los vínculos que se desarrollan entre psicología y personalidad individual, por una parte, y condicionamientos e influencias del contexto cultural en el que cada persona crece, por otra. Y ya en los años cincuenta del siglo pasado, también desde la psicología se empieza a emplear el término *género* para denominar la relación entre las características sexuales y las psicológicas.

A partir de la segunda mitad del siglo XX fueron las ciencias sociales las catalizadoras de los movimientos feministas, introduciendo la perspectiva de género en el mundo académico. Así, por ejemplo, la escritora Betty Friedan (Illinois, 1921-Washington, 2006) o la filósofa Simone de Beauvoir (París, 1908-1986), destacadas militantes feministas, denunciaron la subordinación de las mujeres en el pensamiento occidental⁶ con observaciones y con argumentos que despertaron a muchas mujeres fuera y dentro de la universidad⁷.

La mayoría de los estudios recientes sobre salud de las mujeres se centra en las desigualdades de género y sus consecuencias para la salud, en el sesgo que ha

⁵ Fernando Conde. *Informe sobre la Salud y la Mujer en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1994.

⁶ Esther Castaño-López et al. *op.cit.*, p. 714.

⁷ El libro de Simone de Beauvoir, *El segundo sexo*, de 1949, y el de Betty Friedan, *La mística de la feminidad*, publicado en 1963, contribuyeron a una toma de conciencia de las mujeres en relación con la situación en la que vivían y alentó el movimiento feminista.

introducido el género en la investigación biomédica y en la medicalización de la salud de las mujeres, principalmente en todo lo relacionado con la salud reproductiva femenina. Parece oportuno insistir en la importancia de analizar las causas de esa desigualdad entre hombres y mujeres provocada por una mirada de género, de cómo afectan a la salud, en la necesidad de visualizarlas y de intervenir para que vayan disminuyendo, para que desaparezcan, pues son responsables del empeoramiento de la salud de muchas mujeres y de su mala calidad de vida, y porque tienen que dejar de verse como algo natural e inevitable.

De lo expresado anteriormente se deduce que las desigualdades de género en salud son una parte integrante de las desigualdades sociales, debido a lo cual requieren mucha mayor atención de la que hasta ahora se les ha prestado.

La salud de las mujeres es uno de los temas de investigación que han comenzado a desarrollarse autónomamente hace unos años en nuestro país. Y se ha hecho de manera muy intencionada, dando lugar a una serie de herramientas y de estrategias apoyadas desde los espacios académicos, los movimientos de mujeres y desde instancias políticas. Un ejemplo de la nueva conciencia que se ha adquirido es la existencia de un día internacional de *Acción por la Salud de las Mujeres*, fijado en el 28 de mayo.

En concreto en Andalucía, entre los organismos que han favorecido acciones positivas está el Instituto Andaluz de la Mujer, el cual desde sus inicios ha tenido como una de sus líneas prioritarias de actuación la de mejorar el conocimiento sobre la salud de las Mujeres. Ha sido una constante en sus proyectos incorporar intervenciones dirigidas a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud de las mujeres. Asimismo, desde la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se están desarrollando programas que introducen el enfoque de género, como se refleja, por ejemplo, en el *Tercer Plan Andaluz de Salud*⁸. De las cuatro metas que fija este Plan, una de ellas, la segunda, está relacionada con el enfoque y la mirada de género desde el punto de vista de las desigualdades. En esta línea, el planteamiento del *Tercer Plan Andaluz de Salud* no es una iniciativa aislada, sino que se enmarca dentro del *mainstreaming*, de la aplicación de la perspectiva de género en las acciones públicas y en el marco de las estrategias de Salud para Europa que se están desarrollando por la Junta de Andalucía.

Asimismo, la Ley de Salud de Andalucía con sus planes integrales (Ley 2/98,

⁸ Josefa Ruiz Fernández. "Informe de salud de las mujeres en Andalucía. Avance de resultados". En *Jornadas andaluzas de Mujeres y Salud. Mirando la salud desde una perspectiva de género*, Málaga 29 y 30 de Mayo 2006. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Instituto Andaluz de la Mujer 2007. p. 13.

BOJA N°74, de 4 de julio) es un instrumento para abordar desde el sistema sanitario los problemas de salud más prevalentes, incorporando el enfoque de género en todas sus intervenciones: en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, en el diagnóstico, en el tratamiento y en la rehabilitación, y propone también conseguir la participación ciudadana en la identificación de las desigualdades en Andalucía.

A nivel nacional destacamos el *Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM)*, órgano del Ministerio de Sanidad y Consumo adscrito a la Secretaría General de Sanidad, a través de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. El OSM aporta conocimientos para la acción con enfoques que incluyen desde los aspectos sanitarios a los sociales, desde los biológicos a los ambientales. El fin del OSM es promover la disminución de las desigualdades en salud por razón de género. Actúa mediante la información, investigación comunicación y formación de manera participativa y colaborativa⁹.

El estudio que se presenta pretende, partiendo de una mirada centrada en el género, conocer las creencias y representaciones sociales de las propias mujeres sobre sus ciclos vitales para poder descubrir de esta forma los recursos y las estrategias utilizados a la hora de cuidar, en la salud y en la enfermedad, en primer lugar a ellas mismas y a sus familias y también, en algunas situaciones concretas, a otras personas de su entorno. Son ideas, creencias y prácticas que tienen tan interiorizadas que pueden ayudarlas a vivir mejor o, por el contrario, a limitarles su propia vida y la de su familia.

Se parte de la idea de que estos aspectos subjetivos de la salud y de la enfermedad a los que se les suele dar poca importancia son, sin embargo, fundamentales desde el punto de vista no solo de las mujeres sino de la población en general, puesto que representan la manera propia de vivir la promoción de la salud y de “defenderse” de la enfermedad previniéndola. Sin embargo, estos aspectos que tanto influyen en la salud están muy poco investigados, quizás por la dificultad de movernos en “terrenos subjetivos” y personales, cuando son muy enriquecedores, ya que nos permiten conocer cómo viven y cómo sienten la salud reproductiva las mujeres, y desde ese punto de partida contribuir a la mejora de los desequilibrios que en esta materia puedan existir.

Al tratarse de un estudio subjetivista, la metodología aplicada ha sido la cualitativa y como técnica de obtención de datos se utilizaron las entrevistas semi-estructuradas y los grupos de discusión. El registro oral de los testimonios aportados ha permitido la

⁹ <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02.htm>

valoración de los datos y comentarios directos expresados por las propias protagonistas:

Partiendo del marco teórico expuesto, como objetivos generales de la investigación se plantean:

1. Descubrir en primera persona y de su “propia voz” las creencias populares y representaciones sociales acerca de la menstruación, maternidad y menopausia en mujeres de diferentes generaciones desde una perspectiva de género, la cual nos permita a las mujeres hacernos visibles en nuestros ciclos de vida y en nuestras diferencias.
2. Detectar las posibles lagunas en relación con la educación para la salud y el grupo de población más susceptible a la que puede ir indicada para la corrección de ideas erróneas.

Con respecto a los objetivos específicos:

1. Analizar el lenguaje y las metáforas usados relativas a los ciclos vitales de las mujeres de los municipios seleccionados y su evolución en el tiempo.
2. Estudiar los recursos y estrategias utilizados en relación con estas creencias (tanto positivas como negativas) y su evolución en el tiempo, así como los beneficios que obtienen las mujeres y las riquezas que ellas aportan.
3. Comparar las creencias, representaciones y recursos sobre los ciclos vitales de mujeres de medio rural y medio urbano.
4. Determinar las creencias erróneas, su posible origen y la explicación de por qué se han mantenido en el tiempo.
5. Indagar los diferentes tipos de creencias y la relación sociocultural con el entorno.
6. Señalar los tabúes y prohibiciones que llevasen intrínsecas esas creencias.
7. Proponer líneas para la corrección de ideas erróneas sobre los ciclos vitales estudiados que puedan estar limitando la vida de muchas mujeres.

La presente investigación se estructura en cinco capítulos. En el primero se ha analizado el concepto *género* como categoría central de análisis en la investigación. El segundo capítulo se centra en la salud reproductiva y en los determinantes de la misma desde la perspectiva de género y en el tercero se abordan las creencias populares y representaciones sociales de la menstruación a lo largo de la historia. El cuarto y quinto

capítulo se corresponden con el estudio empírico y sus objetivos, así como con el análisis e interpretación de los resultados, respectivamente.

En el capítulo de análisis e interpretación de los resultados, los bloques temáticos analizados desde la “propia voz” de las mujeres son:

- Menarquia.
- Menstruación.
- Embarazo, parto, puerperio y lactancia materna.
- Menopausia.

Con respecto a las representaciones sociales sobre los ciclos vitales de las mujeres estudiadas, es necesario subrayar que todo lo relacionado con la salud reproductiva ha estado lleno de ideas y creencias, falsas en la mayoría de las ocasiones, y que todavía hoy en día siguen, en algunos casos, estando vigentes. Esto se debe, según nuestra interpretación, a dos motivos fundamentalmente: por un lado, a la falta de formación de las mujeres, que les impide cuestionarse estas creencias, y por el otro, quizás se pueda interpretar como un sutil medio de manipulación social.

Estas son las razones que motivaron realizar la investigación que se presenta, la cual se considera de cierta novedad y muy útil, con varias aplicaciones posibles que se irán desarrollando a lo largo del trabajo.

I. PARTE TEÓRICA

1. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD

1.1. INTRODUCCIÓN

Las investigaciones que se realizan en el marco del área de conocimiento de Estudios de las Mujeres incorporan como uno de los elementos de análisis esclarecedores lo que en las últimas décadas se viene denominando *perspectiva de género*, un punto de vista y un procedimiento en el que esta categoría analítica nos sitúa en determinados ángulos de observación, de contraste y de valoraciones, conducentes al diagnóstico de cada realidad dentro de unas coordenadas que no prescinden de las características que aportan las dinámicas de relación entre hombres y mujeres.

Junto a esta orientación de la epistemología feminista, la acogida e integración de la perspectiva de género en la labor de la Organización Mundial de la Salud, de acuerdo con la “Política de la Organización Mundial de la Salud en materia de género” (2002), justifica la decisión de desarrollar este proyecto en el marco que esa perspectiva de género pone como referencia y los feminismos –en plural, no el feminismo en singular– incentivan.

Según la catedrática de la Universidad de Sevilla D.^a Consuelo Flecha García se

utiliza demasiadas veces el término *feminismo* como si se tratase de un conjunto monolítico de creencias y prácticas, cuando ni en la actualidad se trata de un movimiento único, ni sus manifestaciones históricas han sido uniformes¹⁰. Para esta autora, hay diferentes feminismos y diferencias significativas entre quienes se denominan feministas, pero sí tienen en común hacer posible una sociedad en la que el sexo no sea una razón de desigualdad:

“Podemos hablar de feminismo del siglo de la Ilustración –con raíces en el siglo anterior–, momento en el que nació ya en grupos de mujeres una conciencia clara del papel que se estaba asignando en el diseño de la nueva sociedad que entonces se proponía; feminismo del siglo XIX, que defendió las medidas que podían aplicarse a la situación de subordinación en la que vivían las mujeres –educación, sufragismo, trabajo, etc.– pero sin lograr captar suficientemente todos los mecanismos que generaban y mantenían aquellos desequilibrios en las relaciones sociales en función del sexo; feminismos del siglo XX –el liberal, el marxista, el radical, el que recurre diversas escuelas psicoanalíticas, el académico– que, con su variedad de posturas ideológicas y de estrategias prácticas, no han podido neutralizar del todo la adaptabilidad histórica y cultural del modelo construido desde el patriarcado, no solo en relación con la jerarquía cultural de sexo, sino también con la clase social y la raza”¹¹.

Estos marcos de referencia plurales nos proporcionan ángulos de visión de la realidad a observar, a investigar, que sitúan y que enriquecen los análisis requeridos por el tipo de mirada que en este ámbito nos proponemos.

1.2. EL GÉNERO COMO CATEGORÍA CENTRAL

Siguiendo a la médica y antropóloga M^a Luz Esteban, para utilizar el concepto *género* hay que hablar de feminismo y desde el feminismo. Para ello hay que reconocer

¹⁰ Consuelo Flecha García. “Género y Ciencia. A propósito de los ‘Estudios de la Mujer’ en las Universidades”. *Educación XXI*.1999; (2): 223-244.

¹¹ *Ibíd.*, p.231.

primero un espacio de pensamiento, saber y acción específico que es heterogéneo y, en segundo, lugar establecer una genealogía. Este espacio suele ser marginal o periférico dentro de la actividad social y científica en general, aunque en los últimos años y debido a los movimientos feministas principalmente se le está dando un gran auge. En segundo lugar, significa que se trabaja con el objetivo implícito o explícito de transformación de la sociedad y que así se modifiquen las condiciones sociales que perpetúen la subordinación de las mujeres. Estas dos orientaciones, según esta autora, marcan las diferencias principales –con respecto al género– con aquellas investigaciones llevadas a cabo por personas que no tienen una “sensibilidad feminista”, sino únicamente una curiosidad científica genérica, pero que algunas autoras reivindican como una condición necesaria para una normalización de los estudios de género.¹²

La distinción básica mediante la que se definen el *sexo* y el *género*, es que el *sexo* queda determinado por la diferencia sexual inscrita en el cuerpo biológico, mientras que el *género* se relaciona con los significados que cada sociedad atribuye a los rasgos físicos específicos. El término “*género*, que muchas organizaciones han asumido dentro de sus programas de actuación”¹³, se utiliza para describir las características de mujeres y hombres que están basadas en factores sociales, mientras que el *sexo* se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente. Las personas nacen con *sexo* masculino o femenino y van aprendiendo aquello que socialmente se espera de su ser niños y niñas y, más tarde, al convertirse en hombres y mujeres. Este comportamiento aprendido configura la identidad de género y determina los papeles y mandatos que se derivan del género. Por tanto, es muy importante destacar que los modos de comportarse, pensar y sentir de ambos sexos, más que tener una base natural e invariable, se deben a construcciones sociales y familiares asignadas de manera diferenciada a mujeres y a hombres. Estas pautas de configuración psíquica y social dan lugar a la feminidad y la masculinidad.

Fue el investigador John Money en 1955 el primero en proponer el término *papel de género* para describir el conjunto de conductas atribuidas a los varones y las mujeres¹⁴.

¹² M^a Luz Esteban. “El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud”. En: Consuelo Miqueo, C Tomás, C Tejero C, MJ Barral, T Fernández, T Yago, editores. *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva Ed; 2001. pp. 26-27.

¹³ Organización Mundial de la Salud. *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Política de la OMS en materia de género*. 2002. p. 5.

¹⁴ John Money-Anke A. Ehrhardt. *Desarrollo de la sexualidad humana*. Madrid: Editions Morta; 1982.

En 1968 Robert Stoller estableció la diferencia conceptual entre *género* y *sexo* basándose en sus investigaciones sobre niños y niñas que, debido a sus problemas anatómicos congénitos, fueron educados con respecto a un sexo que no correspondía con el suyo¹⁵.

Las lecturas que este concepto revelaba llevaron a que en la década de 1970 algunas profesoras de universidades americanas e inglesas empezaran a utilizarlo en sus investigaciones con el objetivo de deslindar esas dos esferas, la de las construcciones sociales y culturales, de las de la biología. Este movimiento enseguida pasaría a denominarse *feminismo académico*. Nombres tan conocidos como el de Joan W. Scott, con su artículo “Gender: a Useful Category of Historical Analysis”, de 1986, marcaron un antes y un después en el modo de investigar y de hacer ciencia¹⁶ y su repercusión en numerosas disciplinas fue formando ese *corpus* de conocimiento que conocemos como Estudios de las Mujeres y de Género. Siguiendo los planteamientos de Mabel Burín, los Estudios de Género:

“Se refieren al segmento de la producción de conocimientos que se ha ocupado de las significaciones atribuidas al hecho de ser varón o ser mujer en cada cultura y en cada sujeto”¹⁷.

Podemos formular las reflexiones sobre género como todas aquellas que se han enunciado a lo largo del pensamiento humano acerca de los significados y de las consecuencias sociales y subjetivas que tiene pertenecer a uno u otro sexo, por cuanto esas consecuencias, muchas veces entendidas como “naturales”, no son sino formulaciones de género.

Desde este criterio descriptivo y siguiendo los planteamientos de Mabel Burin¹⁸, el *género* se define como “la red de creencias, rasgos de la personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y hombres”. Esta diferenciación es producto de un largo proceso histórico de construcción social y

¹⁵ Robert Stoller. *Sex and Gender*. New York: Science House; 1968, y *Masculin ou féminin?* Paris: PUF; 1989.

¹⁶ Publicado en: *Historical Review*, nº 91, 1986. Una traducción del mismo se publicó en España cuatro años después: “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. En: James Amelang y Mary Nash. *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Valencia: Eds. Alfons el Magnanim; 1990, pp. 23-56.

¹⁷ Mabel Burín, I. Meler, (compiladores). *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós; 1998. p. 19.

¹⁸ *Ibíd.*, p. 20.

cultural, produciéndose diferencias entre los géneros masculino y femenino que a su vez implican desigualdades y jerarquía entre ambos sexos.

1.2.1. Asimetría sexual, relaciones sociales de sexo, género

Aunque los contenidos de los tres términos se aproximan entre sí, se ha de tener en cuenta que se originaron en distintas tradiciones culturales, por lo que es conveniente esbozar una definición de los mismos para distinguirlos mejor.

La noción de *asimetría sexual* o de *disimetría entre los sexos* pone el punto de mira en las diferencias existente en el poder y en el valor que se atribuye a cada uno de los sexos. La expresión *relaciones sociales de sexo* incide en una cuestión que debería ser evidente: que las relaciones entre los sexos son relaciones sociales. Su estudio es de la misma naturaleza que el de otras relaciones que puedan existir, de igualdad o desigualdad, entre cualesquiera grupos sociales. Vista con este enfoque, según Pauline Schmitt¹⁹, la “dominación masculina” es una expresión, entre otras, de la desigualdad de las relaciones sociales. Se pueden llegar a comprender sus mecanismos y a establecer sus especificidades según los diferentes sistemas sociales y políticos a lo largo de la historia. Además, es interesante analizar la manera en que este tipo de dominación se articula con otras.

La tercera noción cuyo contenido conviene precisar es *género*. Este término suele emplearse de manera general y vaga por muchas personas para designar simplemente el hecho de que hay hombres y mujeres. En esta acepción, la noción *género* se refiere a la división del mundo entre lo masculino y lo femenino, que constituye una división sexual o sexuada. Es un término descriptivo, neutro y consensual. Pero el término *género* se utiliza en un sentido mucho más preciso. La historiadora norteamericana Joan Scott²⁰ desarrolló su acepción de *género*: la organización social de la relación entre los sexos, acepción que a partir de entonces se ha generalizado. En efecto, el empleo del término *género* indica la negación del determinismo biológico (implícito, según Joan Scott, en el uso de términos como *sexo* y *diferencia sexual*). Por tanto, se subraya acentuadamente el carácter fundamentalmente social de las distinciones basadas en el sexo.

¹⁹ Pauline Schmitt. “La historia de las mujeres en la historia antigua, hoy”. En: Georges Duby, Michelle Perrot. *Historia de las mujeres en Occidente*, Vol. 1, Antigüedad. (5ªed). Madrid: Ed. Taurus; 2006.p. 556.

²⁰ Joan W. Scott. “A Useful Category of Historical Analysis”. *The American Historical Review*. 1986; 91(5): 1053-1075.

De acuerdo con la citada acepción, *género* es una categoría de análisis que responde a la necesidad de formulación teórica que se presentó tras la multiplicación de estudios casuísticos. La problematización de *género* permite plantearse cuestiones más globales, como la relativa a la función del género en el conjunto de las relaciones sociales, o las aportaciones del estudio de género al conocimiento histórico. Es posible comprobar que la noción de *sexo* subsume los contenidos de las nociones de *asimetría sexual* y de *relaciones sociales de sexo*. Por lo tanto, es útil siempre que se precise, según esta autora, el sentido que se le asigne, exactamente como ocurre con los conceptos de *raza* o *clase*.²¹

Para Alicia Millares²², lo realmente cierto es en “la identidad de las mujeres es que todas las mujeres, independientemente de su raza, opción sexual, etnia, clase, edad, capacidad, nacionalidad o religión, comparten situaciones de opresión. El problema es, además, que muchas comparten una doble opresión: la identitaria, común a todas las mujeres, y la específica del grupo social en el que se hallan inscritas”.

Gerda Lerner²³, en su obra *La creación del patriarcado*, define el *género* como una serie de papeles culturales asignados en cada época o sociedad a los sexos; por lo tanto, es un producto cultural que cambia en las sociedades y con el tiempo. De acuerdo con esta definición, según Alicia Millares²⁴, “podemos percibir que toda sociedad y toda cultura asignan recursos, propiedades y privilegios a las personas de acuerdo con su condición genérica”. Para esta autora el problema que conlleva la difusión de la palabra “género” es que se ha transformado en un concepto que describe pautas culturales sin incidir en el aspecto crítico de estas pautas culturales. Por oposición al concepto *género* señala la expresión *conciencia de sexo* para poner en cuestión las definiciones sociales dominantes, es decir, la construcción cultural en torno al sexo, pero interrogándose sobre dicha construcción cultural por su carácter político.

Por tanto, siguiendo a Alicia Millares²⁵, “dos son las posibles respuestas ante la opresión de las mujeres: entender el *sexo* como emancipador, o como destino”. Si las mujeres parten de la *conciencia de sexo* transforman la identidad de sexo. La *conciencia de sexo* es el principio constitutivo del feminismo político o feminismo de la igualdad. No es lo mismo partir del *género* para afirmar la emancipación femenina, que partir del *género*

²¹ *Ibidem*.

²² Alicia Millares. *Democracia feminista*. Madrid: Cátedra; 2003.p. 136.

²³ Gerda Lerner. *La creación del patriarcado*. Barcelona: Crítica; 1990.p. 27.

²⁴ Alicia Millares. *op.cit.*, p.136.

²⁵ *Ibid.*, p.137

para asumirlo como destino. Alicia Millares afirma que *feminismo* se identifica con vindicación política y normativa, mientras que *género* se entiende cada vez más como “cultura femenina”²⁶.

El género como categoría de análisis tiene varios rasgos característicos:

1. Es siempre relacional, no aparece de forma aislada sino marcando una conexión. Las relaciones que la justifican son de poder. Muchos estudios se han centrado en el predominio del ejercicio del poder de los afectos en el género femenino, y del poder racional y económico en el género masculino.
2. Es una construcción histórico-social, es decir, se ha ido produciendo a lo largo del tiempo de distintas maneras. Este discurso histórico ha implicado relaciones de subordinación en las significaciones del género, en gran parte debido a modelos difundidos por la filosofía, la religión, los criterios médicos y científicos y los aparatos jurídicos.
3. No es un concepto totalizador que vuelve invisible la variedad de determinaciones con que nos construimos como sujetos: etnia, religión, clase social, etc. Aparece siempre entrecruzado con esos otros aspectos determinantes de la subjetividad humana.

Es muy importante resaltar que el género debe entenderse como un concepto relacional. Son relaciones de género y sus cambios dentro de diferentes contextos lo que debería centrar los análisis y los estudios, así como las diferencias en las realidades y los intereses dentro de los colectivos masculinos o femeninos, aparte de las diferencias anatómicas, hormonales o cromosómicas existentes entre los sexos, que pueden desembocar en diversas condiciones de salud y enfermedad.²⁷

Sintetizando algunos de los elementos más importantes, utilizo palabras de las profesoras Ana Guil, Ana Solano y Manuela Álvarez:

“El género constituye un criterio de análisis de la realidad histórica, social, cultural, política y económica de un grupo humano que trasciende a todos los ámbitos de la vida cotidiana. Nos permite visibilizar y definir las posibilidades de participación social de mujeres y hombres, así como evaluar las dificultades de acceso a los servicios y al patrimonio que la sociedad pone a su disposición.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ Esther Castaño-López, *op.cit.*, p. 706.

Posibilita la realización de una lectura crítica del contexto social porque desvela la desigual representación, presencia y reconocimiento de mujeres y hombres”²⁸.

1.3. DIFERENCIAS VS. DESIGUALDADES

Se ha ilustrado en el apartado anterior que los géneros masculino y femenino son una construcción sociocultural, subrayando además que el contenido de estos modelos cambia de una cultura a otra y también con el tiempo. Que las diferencias de *sexo* son biológicas, pero que el *género* abarca todos los rasgos que una cultura atribuye e inculca a los hombres y a las mujeres. En otras palabras, con el concepto de género nos referimos a la construcción cultural de las características masculinas o femeninas²⁹.

Dadas las ricas y variadas manifestaciones del género dentro del ámbito de la diversidad cultural, autoras como Susan Bourque y Kay Warren³⁰, que han investigado en comunidades latinoamericanas, especialmente en Perú, han señalado que no siempre se aplican las mismas imágenes de masculinidad y feminidad en todas las culturas.

Margaret Mead³¹, antropóloga norteamericana, estudió el modelo masculino y el femenino en diferentes sociedades de la Polinesia e hizo uno de los primeros estudios etnográficos sobre la variación de los roles de género. Su libro *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas* (1935) se basaba en el trabajo de campo de tres sociedades de Papúa-Nueva Guinea: los arapesh, los mundugu-mor y los tchambuli. La medida en que variaban y cambiaban las personalidades de hombres y mujeres en estas tres sociedades situadas en la misma isla llamó su atención. Se encontró que los hombres y mujeres arapesh actuaban como los norteamericanos habían esperado tradicionalmente que hicieran las mujeres –de forma suave, maternal y sensible–. Los hombres y mujeres mundugu-mor, por el contrario, actuaban como ella creía que se esperaba que se comporten los hombres –de forma fiera y agresiva–. Los hombres tchambuli eran

²⁸ Ana Guil Bozal, Ana Solano Parés, Manuela Álvarez Girón. *La situación de las mujeres en las universidades públicas andaluzas*. Sevilla: Consejo Económico y Social de Andalucía; 2005, p. 15.

²⁹ M.Z, Rosaldo. “The use and abuse of Anthropology: Reflections on Feminism and cross-Cultural Understanding”. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*.1980; 5 (3): 398-417.

³⁰ S.C Bourque, K.B Warren. “Technology,Gender and Development”. *Daedalus*. 1987; 116 (4): 173-197.

³¹ Margaret Mead. *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas* (original 1935). New York: New American Library; 1950. Citado por Conrad P. Kottak. *Antropología cultural*. Madrid: Mc Graw Hill; 2002.p. 211.

“felinos”, se rizaban el pelo e iban de compras, mientras que las mujeres tchambuli eran enérgicas y organizadoras y daban menos importancia al aspecto personal de lo que lo hacían los hombres. El modelo de hombre y el modelo de mujer en unas sociedades era justo el opuesto que en otras. Margaret Mead comprobó por tanto empíricamente que no era cierto que existiera un modelo femenino y masculino único en el mundo, transcultural y universalizado³² sino que cambiaba en las sociedades y con el tiempo.

Llegados a este punto, se puede afirmar que la construcción social de las diferencias que crean desigualdad es explicada por teorías como el determinismo biológico, el constructivismo y la interacción entre biología y cultura. Los resultados de numerosas investigaciones en estos campos, como los señalados desde la antropología, han puesto de manifiesto la diversidad de contenidos de lo femenino y de lo masculino que están presentes en distintas culturas y épocas. Han señalado que las actividades y formas culturales asignadas a cada sexo, así como su significación, diferían mucho entre sociedades que se han conocido en fases de diferente desarrollo, e incluso en una misma sociedad a través del tiempo, datos que ayudan a afirmar que eso que llamamos género varía de una sociedad a otra y que las diferencias de género se deben más a factores culturales que a características biológicas, haciendo posible que haya más de dos expresiones culturales del género³³.

La historia de las civilizaciones, de las culturas que eran imagen de su identidad y del pensamiento religioso que les daba sentido y guiaba, contribuyó a la formación de dos modelos de presencia y de actuación: el doméstico y el público. Lo hizo con tal fuerza que se llegó a considerar estas diferencias-desigualdades como contenido de las leyes naturales. De ahí que se aceptara, por ejemplo, que las mujeres son más emocionales y cálidas por naturaleza y tienen, por tanto, menos capacidad de raciocinio. Esto tiene también que ver con que al trabajo doméstico no se le considere socialmente como verdadero trabajo y con que se minusvalore y califique de papel subalterno, como una ayuda, el conjunto de tareas que realizan las mujeres en el ámbito familiar. La continuidad de esta estructura social se ha mantenido apoyada en una mentalidad y en unos intereses que han actuado con mucha eficacia, al justificar las diferencias-desigualdades con razones tanto de origen natural como sobrenatural.

Sin embargo, más allá de un modelo general de masculinidad y de feminidad de

³² Conrad P Kottak . *Antropología cultural*. Madrid: Mc Graw Hill; 2002.

³³ Consuelo Flecha García, *op.cit.*, p. 23.

carácter únicamente natural, hay que tener en cuenta otros muchos indicadores estructurales, entre otros, la condición socioprofesional y la étnica.

Lo que solemos considerar problemas, conceptos, teorías, y verdades trascendentales que abarcan todo lo humano son, en muchos casos, productos del pensamiento de quienes los crean, marcados por imágenes y estereotipos sexuales sobre las identidades, las conductas, los roles y los deseos. *El segundo sexo*, de Simone de Beauvoir³⁴, despertó en 1949 las conciencia acerca de la construcción social de las diferencias sexuales percibidas, afirmando que “no se nace siendo mujer, se llega a serlo”. Luce Irigaray³⁵, autora muy destacada del feminismo francés, se lamentaría casi treinta años más tarde, ya en el marco de un nuevo sentido de lo femenino, de que “nosotras todavía no hemos nacido mujeres”.

1.4. ANÁLISIS DE GÉNERO

El *análisis de género* analiza e informa las medidas encaminadas a hacer visibles y a actuar frente a las desigualdades que se derivan de los distintos papeles de mujeres y hombres, a las desiguales relaciones de poder entre ellos y a las consecuencias de esas desigualdades en su vida, su salud y su bienestar. En relación con el tema de este trabajo afectan, por ejemplo, a la forma en que se distribuye el poder en la mayoría de las sociedades, lo que conlleva que las mujeres tengan menos acceso y control sobre los recursos necesarios para proteger su salud y menos probabilidades de intervenir en la toma de decisiones. De ahí que sea tan importante tener en cuenta la perspectiva de género tanto en la recogida y análisis de datos poblacionales, como en los diseños de estudios específicos sobre cada uno de los aspectos que se deseen estudiar.

La resolución del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas define la incorporación de las cuestiones de género como:

“(...) el proceso de evaluar las consecuencias que tiene para los hombres y las mujeres cualquier acción planificada, incluida la legislación y las políticas o

³⁴ Simone de Beauvoir. *El segundo sexo. La experiencia vivida*. Buenos Aires: Ediciones Siglo XX; 1977. Citado por Consuelo Flecha García en: “Género y Ciencia. A propósito de los “Estudios de Mujer” en las Universidades” *op. cit.*

³⁵ Luce Irigaray. *Ese sexo que no es uno*. (1ª edición de 1977) Madrid: Saltes; 1981 (1ª edición de 1977) Citado por Consuelo Flecha García en *Ibidem*.

programas, en cualquier sector y a todos los niveles. Es una estrategia para hacer de los problemas y experiencias de las mujeres y de los hombres una dimensión integral del diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de las medidas, en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo último es conseguir la igualdad de género”³⁶.

En el mismo documento se define la *igualdad de género* como la ausencia de discriminación, basada en el sexo, en materia de oportunidades, de asignación de recursos y de beneficios, o de acceso a los servicios. Y se define otro concepto relacionado con la igualdad de género, el de *equidad de género*, como imparcialidad y justicia en la distribución de beneficios y de responsabilidades entre hombres y mujeres. En la definición se reconoce que hombres y mujeres tienen distintas necesidades y gozan de distinto poder, y que esas diferencias deben determinarse con el objetivo de corregir el desequilibrio entre los sexos:

“La incorporación de las cuestiones de género es un proceso tanto técnico como político que exige introducir cambios en las culturas de organización y las mentalidades, así como en los objetivos, las estructuras y la asignación de recursos (...). La incorporación de género exige cambios en distintos niveles dentro de las instituciones, en el establecimiento de programas, la elaboración de políticas, la planificación, la ejecución y la evaluación. Entre los instrumentos para las actividades de incorporación figuran nuevas prácticas de dotación de personal y preparación de presupuestos, programas de capacitación, procedimientos de políticas y directrices.”³⁷

Los pronunciamientos para la eliminación de todas las formas de discriminación hacia la mujer en el marco de la Organización de las Naciones Unidas vienen conformados por la *Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer* de 1967, por la *Convención para la eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* de 1979 y por la creación del *Comité para la Eliminación de la de Discriminación contra*

³⁶ Organización Mundial de la Salud. *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*, op.cit., p. 5.

³⁷ *Ibidem*.

la Mujer, que tiene como función vigilar la aplicación de la Convención por los Estados que la han suscrito, entre ellos España. En la Convención se declara que “a discriminación contra las mujeres vulnera los principios de igualdad de derechos y de respeto a la dignidad humana, dificultando la plena participación de las mujeres en la vida política, social, económica y cultural”.

En esta línea, las cuatro conferencias mundiales sobre la mujer celebradas en el marco de la Organización de las Naciones Unidas –la primera de ellas celebrada en México en el año 1975 y las posteriores en Copenhague 1980, Nairobi 1985 y Pekín 1995–, han contribuido a situar la causa de la igualdad de género en primera línea del debate mundial. La Declaración y la Plataforma de la Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 establecieron las dos estrategias fundamentales para el desarrollo eficaz de las políticas de igualdad de mujeres y hombres: la transversalidad de género y la representación equilibrada³⁸.

La transversalidad de género, también conocida como *mainstreaming* o enfoque transversal, se define como:

“El proceso de evaluar las consecuencias que tiene para los hombres y las mujeres cualquier acción planificada, incluida la legislación y las políticas o programas, en cualquier sector y a todos los niveles. Es una estrategia para hacer de los problemas y experiencias de las mujeres y de los hombres una dimensión integral del diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de las medidas, en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo último es conseguir la igualdad de género”³⁹.

La representación equilibrada ha sido recogida como uno de los principios que deben respetarse y cumplirse en cada uno de los espacios sociales por el ordenamiento jurídico español, asumiendo los textos internacionales en la materia. Para garantizarlo, leyes orgánicas y otras normativas de inferior rango han incorporado el “principio de presencia o composición equilibrada” de mujeres y hombres en las exposiciones de

³⁸ Ley 12/2007, de 26 de Noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía (BOJA núm. 247 de 18 de diciembre 2007).

³⁹ Organización Mundial de la Salud. *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*, *op.cit.*, p. 5.

motivos y en sus articulados. Por ejemplo, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres⁴⁰. En nuestra Comunidad Autónoma, la Ley para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía, Ley 12/2007, de 26 de noviembre⁴¹ constituye el marco jurídico para integrar de manera activa el objetivo de la igualdad en todas las políticas del gobierno andaluz y contempla las estrategias para la promoción de la igualdad de género en todos los órdenes de la vida política, económica, laboral, cultural y social.

1.5. CONCEPTO DE *SALUD*

La concepción de salud más clásica es la que la define como “ausencia de enfermedad”, quizás porque es más fácil comprender la “enfermedad”, que se asocia a sensaciones como el dolor, la incomodidad, la fiebre, el malestar, etc., claramente perceptibles y con una implicación directa en la capacidad funcional de la persona y de la sociedad misma⁴²; por el contrario, el estado de salud pasa inadvertido. La salud es lo “normal”, frente a la “anormalidad” de la enfermedad. Sin embargo, el concepto de *normalidad* puede variar de un contexto sociocultural a otro, e incluso de una persona a otra; por lo tanto, lo mismo ocurre con el concepto de *salud*.

La *normalidad* no se define solo estadísticamente, sino que se construye también socioculturalmente, porque la *salud* es un estado dinámico y cambiante, cuyo significado varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que lo define y que lo acepta. En este sentido puede decirse que la salud y la enfermedad son construcciones sociales. Como valor social y acontecimiento vivido por una persona integrada en un grupo sociocultural, la salud está determinada por las percepciones y las metas compartidas por ese grupo, tanto en el significado que puedan tener los términos *salud* y *enfermedad*, como en los modos de comportarse ante ambas⁴³. El concepto de *salud* está ligado a parámetros biológicos en la medida en que igualmente lo está el concepto de *enfermedad*, al ser entendida ésta como una alteración anatómica o fisiológica, manifestada en disfunciones de los parámetros “normales”.

El concepto de *salud* se ha ido modificando desde el comienzo del siglo pasado,

⁴⁰ En BOE núm. 71 de 23 de marzo de 2007.

⁴¹ En BOJA nº 247, de 18 de diciembre de 2007.

⁴² Jesús Rodríguez Marín. *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis; 1995, p. 15.

⁴³ *Ibid.*, p. 8.

incorporando no solo el marco de referencia biológico, sino también el marco psicológico y el social. La Organización Mundial de la Salud, en su Carta Magna de 1946, definió la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁴⁴. Para Jesús Rodríguez⁴⁵, lo importante en esta definición fue que por primera vez se incorporaron al concepto de salud dos áreas muy importantes del ser humano como son la psicológica y la social, sumándose a la biológica y creando así un concepto “integral” de salud que posteriormente se convertiría en el núcleo del denominado “modelo biopsicosocial”. Resulta importante por tanto subrayar que el concepto de salud es un concepto dinámico y cambiante, cuyo contenido varía en función de las condiciones sociales, culturales e históricas de la comunidad que lo formula y lo acepta.

Muchos autores, entre ellos Luis Salleras⁴⁶, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Barcelona, reconoce en esta definición aspectos muy positivos, pero también otros negativos o criticables. Entre los aspectos positivos e innovadores destacarían los siguientes:

- Se define por primera vez la salud en términos afirmativos o positivos. Se considera la salud no solo como ausencia de enfermedades, sino como un estado óptimo positivo entendido como “completo bienestar”, el cual se equipara con salud.
- Por vez primera se incluyen en la definición las áreas mental y social. Según la nueva definición la persona sana es aquella que puede tener un “estado completo de bienestar”, no solo en su soma, sino también en su psique y en su vida de relación.

Entre los aspectos negativos⁴⁷ de la definición de la OMS destacan:

- Se equipara bienestar con salud, lo que no siempre es cierto. Una persona alcohólica se puede encontrar estupendamente y, sin embargo, no está sana.
- Se trata más de un deseo que de una realidad, ya que un “estado completo de bienestar físico, mental y social” es difícilmente alcanzable hoy en día por las

⁴⁴ Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la OMS*. Ginebra, 1960.

⁴⁵ Jesús Rodríguez Marín, *op.cit.*

⁴⁶ Luis Salleras Sanmartí. *Educación sanitaria. Principios métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos S.A; 1985. p. 14.

⁴⁷ Terris Milton. *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Compilación de: Ignacio Almada Bay y Daniel López Acuña. México: Siglo Veintiuno; 1987. Citado en Luis Salleras. *Educación sanitaria, op.cit.*

personas, los grupos o las colectividades.

- Es una definición estática, ya que solo considera como personas con salud a las que gozan de un completo estado de bienestar físico, mental y social; sin embargo la salud es dinámica y pueden existir diferentes grados de salud.
- Es una definición subjetiva porque no habla del aspecto objetivo (capacidad de funcionar) de la salud.

Para autores como Terris⁴⁸, debería eliminarse la palabra “completo” de la definición de la OMS, ya que la salud, como la enfermedad, no es un absoluto, y hay distintos grados de salud, al igual que los hay de enfermedad. Siguiendo a este autor, la salud tiene dos aspectos, uno subjetivo que es el bienestar, el sentirse bien (en diferentes grados), y otro objetivo que es la capacidad de funcionar (en diferentes grados). La enfermedad también tendría estos dos aspectos; el subjetivo, que se manifestaría en el malestar, y el aspecto objetivo o la limitación del funcionamiento en diferentes grados. Terris propone modificar la definición de la OMS y definir la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El único inconveniente de esta definición, y en general de todas las definiciones, es que es posible la presencia conjunta de salud y de ciertas enfermedades o afecciones en fase precoz, que no producen síntomas ni limitan la capacidad de funcionamiento.

Actualmente la definición de salud que se manifiesta más completa es la del continuo salud-enfermedad, en la cual se define la salud desde un punto de vista dinámico, como “el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social y de capacidad funcional que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”⁴⁹. El catedrático de Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla Enrique Nájera⁵⁰ (1992), define la salud como “la capacidad social para gozar de la vida, para sentir el placer de vivir, para tener calidad de vida, y por tanto depende más de las exigencias sociales, de la solidaridad y de la cultura, que de factores exógenos aunque estos puedan generar incapacidades”.

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ Izabella Rohlfs Barbosa. “Diferencias que generan desigualdades. Las invisibilidades en la salud de las mujeres”. En: *Jornadas andaluzas de Mujeres y Salud. Mirando la salud desde una perspectiva de género*. Málaga: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Instituto Andaluz de la Mujer; 2006. p. 30.

⁵⁰ Enrique Nájera. “La Salud Pública, una Teoría para una práctica ¿se precisa su reconstrucción?” En: *La crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el debate*. Washinton (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1992. Pub. Científica. No 540

Esta concepción de salud es integral y holística y es el núcleo del modelo biopsicosocial que es opuesto al biomédico. Siguiendo a la profesora de Antropología Carmen Mozo⁵¹, el sistema biomédico es un sistema culturalmente construido con las siguientes características:

- Biologicista, es decir, define la enfermedad únicamente como desviación de una norma biológica.
- Unicausalidad, relaciona una única etiología específica para cada enfermedad.
- Universalidad, es decir, partir de que las enfermedades son universales.
- Dicotomía mente-cuerpo, dicotomía cartesiana como la mayor parte de nuestro pensamiento.
- Atomismo anatómico.
- Individualismo epistemológico, esto es, que el origen de la enfermedad está en una disfunción biológica dentro de cada individuo.
- Idea de la neutralidad de la teoría y de la práctica biomédica, sostener que el tratamiento médico es científico y neutral, que está libre de juicios de valor.

Es importante señalar también que la perspectiva androcéntrica en biomedicina ha provocado que la mayoría de las investigaciones se realizasen exclusivamente con hombres y se generalizaran los resultados a las mujeres, acumulando un acervo de conocimientos basados solo en poblaciones de varones. Esta va a ser una de las principales críticas de los movimientos feministas relacionados con la salud, como se analizará posteriormente.

La Antropología como ciencia holística e interdisciplinar introduce una serie de principios, enfoques y miradas que contradicen el modelo biomédico hegemónico y que plantean “una visión cultural y social de la enfermedad, una dependencia de lo natural frente a lo social, y una sensibilidad a la dimensión histórica de los procesos de salud y enfermedad”, según Carmen Mozo⁵². Frente a la universalidad, plantea una visión particularista de las enfermedades; frente a la idea de la neutralidad de las categorías biomédicas, propone que quizá no sea erróneo pensar que existan vinculaciones entre lo que se define como normalidad biológica y lo que en cada momento se define como

⁵¹ Carmen Mozo. “Construcción social del género y su impacto en la salud”. En: *Jornadas andaluzas de Mujeres y Salud. Mirando la salud desde una perspectiva de género*. Málaga: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social-Instituto Andaluz de la Mujer; 2006.p. 43.

⁵² *Ibidem*.

normalidad o normatividad social. La antropología plantea una visión multidimensional que entiende los procesos de salud y enfermedad como hechos biológicos pero también económicos, sociales, culturales y políticos.

Cada cultura se enfrenta de un modo distinto a la enfermedad, lo que abarca desde el modo de reconocerla y de definirla, hasta el tratamiento y medios prescritos para combatirla. En relación a cada enfermedad hay una configuración de ideas, de valores, creencias y de normas generadas y aprendidas socialmente, pero ante el avance de la medicina occidental contemporánea “científica”, las restantes culturas de la salud iniciaron un retroceso constituyendo la llamada “folk medicina”⁵³. Esta “folk medicina”, también conocida como medicina popular, está constituida por un sistema de creencias, ideas, conocimientos, valores, vocablos, costumbres y prácticas, sobre la salud y la enfermedad. La medicina popular existe en todas las sociedades con escritura, que cuentan con una forma de medicina institucionalizada (con una regulación del ejercicio de la medicina, con regulación de las profesiones sanitarias). Por lo tanto, ha existido en el pasado y está plenamente vigente en la actualidad, prácticamente en todas las sociedades actuales. A pesar de ser propia de sociedades con escritura, la medicina popular se trasmite de forma oral⁵⁴.

Retomando el concepto de salud llegados a este punto, lo que más destacamos de la última definición de salud propuesta por la OMS, “el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social y de capacidad funcional, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”, es la aceptación de que en el estado de salud están implicados factores personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes, tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar. Esta definición de salud, según Izabella Rohlfs⁵⁵, pone de manifiesto la producción social de salud y enfermedad teniendo en cuenta, entre otros factores, la clase social, la etnia, profesión o el género; también hace una correlación entre morbilidad y mortalidad, considera la cadena biopsicosocial y tiene en cuenta el papel de los servicios sanitarios. Algunos autores plantean que la salud es una

⁵³ María Ángeles Durán. *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid: Tecnos; 1983.p. 18.

⁵⁴ Carlos Fernández-Araujo. “Aproximación a la folkmedicina de Cartagena”. *Narria: Estudios de artes y costumbres populares* [Internet]. 1988 [consulta el 10 de octubre de 2010];(49-50)36-38.Disponible en: http://digitool-uam.greendata.es/R/M48GGFAHJCQGB25GVC3QE4JLXI12U29X5V3L11T6IITCFIBVYR-00214?func=dbin-jump-full&object_id=44995&local_base=GEN01&pds_handle=GUEST

⁵⁵ Izabella Rohlfs. “Diferencias que generan desigualdades. Las invisibilidades en la salud de las mujeres”, *op.cit.*,

capacidad social. La salud, en este sentido, dependería de las estrategias, de las capacidades y de las posibilidades que, tanto a nivel social como cultural, político y económico tenga una sociedad para crear instrumentos y habilidades que generen calidad de vida, reduzcan las desigualdades sociales y fomenten la cohesión social y la solidaridad⁵⁶.

Siguiendo a Sara Velasco Arias “definiremos teorías de la salud –como conjunto organizado de ideas que intentan explicar los fenómenos de salud y enfermedad–, construyendo cinco conceptos a través de los cuales puede quedar caracterizada cada teoría”⁵⁷. Estos conceptos están inspirados en el modo de caracterización de teorías de Thomas Kuhn (1965)⁵⁸:

1. Concepto de salud y enfermedad que se aplica.
2. Tipo de causalidad que se considera para la enfermedad.
3. Modelo de atención y tratamiento que se suele aplicar.
4. Factores considerados en la relación médico-paciente.

Según la autora citada⁵⁹, se han identificado nueve marcos teóricos que se pueden agrupar en tres bloques lógicos:

1. Paradigma biomédico: se desglosa en la teoría biomédica y psicosocial. Se relaciona con la epistemología positivista.
2. Teorías críticas: cuestionan el positivismo y el paradigma biomédico. Se caracterizan porque tienen en cuenta el contexto social y la subjetividad en sus conceptos de salud. Lo componen las teorías socialista, psicoanalítica, estructuralista, postestructuralista, ecosocial y biopsicosocial. Se relaciona con el marxismo, el psicoanálisis y el constructivismo.

Estos dos bloques de teorías son el primer eje sobre el que se edifica el enfoque de género en salud.

3. El segundo bloque crítico lo constituye la teoría feminista, que es el segundo eje en el enfoque de género en salud.

⁵⁶Olga Soto Peña, Joaquín M. Montero Navarro, Carlos L. Sánchez Bocanegra. “Dibujando un enfoque transdisciplinar y transcultural de la salud. Las nuevas tecnologías como catalizadoras de redes sociales” (I). *Rev. Esalud.com* [Internet]. 2007 [consulta el 30 de mayo de 2012]; 3(12). Disponible en: <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/188/472>

⁵⁷ Sara Velasco Arias. *Sexo, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva Ediciones; 2009.p. 23.

⁵⁸Thomas Kuhn. *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica; 2001 (1ª edición 1965) citado por Sara Velasco Arias *op.cit.*, 23.

⁵⁹ Sara Velasco Arias. *op.cit.*, p. 24

Antes de la llegada del feminismo, en la descripción de las teorías sobre la salud se utilizaba el lenguaje masculino genérico, invisibilizando la existencia de los sexos en esos marcos teóricos. En palabras de Sara Velasco⁶⁰ “el uso del patrón masculino y la invisibilidad de la existencia de las mujeres está presente en todas las argumentaciones de la ciencia anteriores al feminismo, excepto en el psicoanálisis, que precisamente inaugura el estudio de la diferencia sexual”.

1.6. LA TEORÍA Y EPISTEMOLOGÍA FEMINISTAS Y LA SALUD

Según la filósofa feminista Amelia Valcárcel⁶¹, el feminismo se inserta en aquella tradición política de la Modernidad, igualitaria y democrática, que defiende que ningún individuo de la especie humana debe ser excluido ni apartado de cualquier bien y de ningún derecho a causa de su sexo. Siguiendo a esta autora se podría plantear que el feminismo parte de pensar normativamente como si el género no tuviese que tener consecuencias particulares. Pero, puesto que el feminismo se opone al uso del sexo como medida, es contrario también a los abusos en función del sexo: no es lo contrario del machismo, pero es absolutamente contrario al machismo.

Sara Velasco Arias, médica y psicoanalista, aporta que la llegada del movimiento y la teoría feminista hace visible que no es lo mismo hablar de ser humano, de mujeres o de hombres, cuando las mujeres permanecen invisibilizadas bajo el genérico masculino, y que no es inocente o neutra esa invisibilidad, sino que es efecto de un hecho: el hombre ha sido el sujeto hegemónico de la historia. Lo que aporta la teoría feminista es que el ser humano está sexuado en femenino o en masculino y que ambos sexos tienen valoración cultural y social diferente y jerarquizada; también que las relaciones entre los hombres y las mujeres en el sistema patriarcal están basadas en relaciones de poder y opresión de las mujeres. Estos son los principios de la teoría feminista y las preguntas principales que todas las corrientes del feminismo intentan responder: ¿A qué se debe la opresión de las mujeres? ¿Cuáles son los caminos para liberarse de esta opresión?⁶²

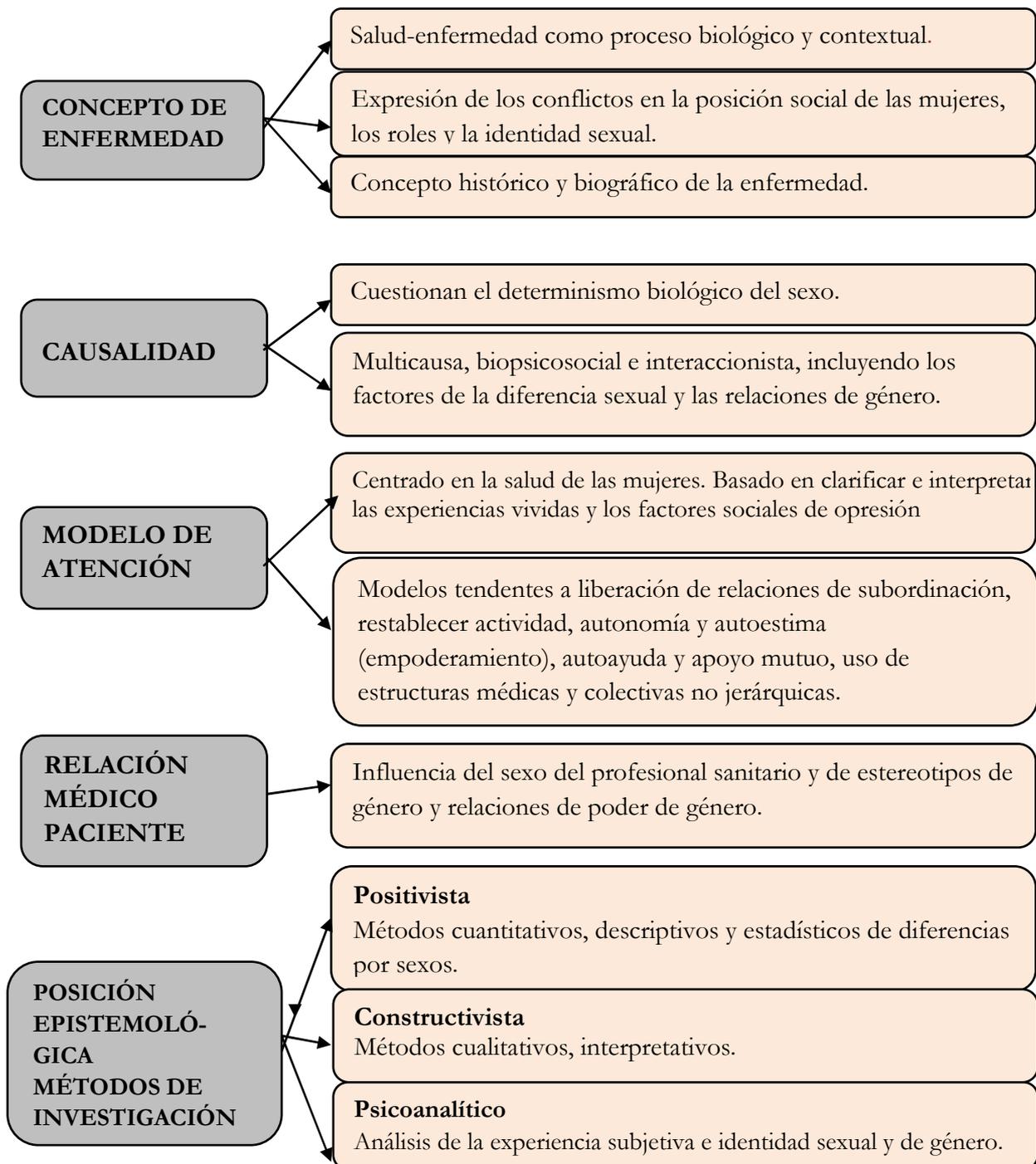
A continuación se presenta una gráfica que representa el enfoque sobre la salud del conjunto de la teoría feminista:

⁶⁰ *Ibid.*, p. 56.

⁶¹ Amelia Valcárcel. *Feminismo en el mundo global*. Madrid: Cátedra Feminismos; 2009. p. 55.

⁶² Sara Velasco Arias, *op.cit.*, p. 55.

Figura 1. Enfoque sobre salud del conjunto de la teoría feminista



Fuente. Sara Velasco Arias, *op.cit.*, p. 56.

Un principio que ha de aceptarse en la salud es que las personas viven y enferman bajo los significados de su *sexo* –significados explicados por el *género*–. Se contempla la salud-enfermedad como un proceso biológico, pero también como expresión de los conflictos intensificados por la posición social, y debido al ser mujer o ser hombre, a los roles de cada sexo y a la identidad sexual. Luego, en cada corriente del feminismo se enfatizaran aspectos distintos⁶³.

En palabras de Sara Velasco Arias:

“Los modelos de atención en salud que se producen en el feminismo están centrados en la salud de las mujeres como sujetos sexuados, y tenderán a clarificar e interpretar las experiencias de las pacientes y los factores sociales de opresión. Serán métodos que posibiliten romper las relaciones de subordinación y restablecer la actividad, la autonomía (empoderamiento) y socialización. Son originarios los grupos de autoayuda y apoyo mutuo y el uso de estructuras médicas y colectivas no jerárquicas. Los modelos tienen en cuenta la influencia del sexo del médico o la médica y de la o el paciente y la acción de estereotipos de género. Los métodos de investigación utilizados son coherentes con la búsqueda de causas biológicas para la enfermedad, pero también con causas relacionadas con el contexto social y con la subjetividad de mujeres y hombres, por tanto, serán compatibles con métodos cuantitativos, descriptivos y estadísticos de diferencias por sexos, así como cualitativos, interpretativos de los procesos sociales y análisis de experiencia vivida y subjetividad de género”⁶⁴.

La teoría feminista se ha ido construyendo en intersección con los marcos teóricos críticos coetáneos a lo largo del siglo XX. Algunas autoras feministas han hecho revisión y análisis de estos desarrollos con obras de referencia obligada. Me voy a referir a algunas de las corrientes feministas, a autoras representativas de las mismas y a cómo repercutieron sus aportaciones en el campo de la salud de las mujeres. Dicha exposición, que consideramos interesante para nuestro objetivo, se representa de forma

⁶³ *Ibid.*, p. 55.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 56.

gráfica, pero, al no ser objeto directo de este trabajo, se incluyen únicamente como Anexo al presente estudio (VÉASE Anexo I).

1.6.1. Intersección entre las teorías de la salud y la teoría feminista

Las aportaciones a los modelos de atención a la salud de las distintas corrientes feministas han ido haciendo intersección con los desarrollos de las teorías sobre la salud. Para Sara Velasco Arias se pueden reconocer tres líneas sucesivas que han cuajado en modelos de programación, intervención e investigación en salud. Empieza con la emergencia del movimiento de Salud de las Mujeres, en los años 70 del siglo pasado, y ésta es la primera línea, a la que puede considerarse pre-género, y que en gran parte continúa vigente en la actualidad. La segunda línea incluye ya el concepto de género, e incorpora una visión más amplia sobre las desigualdades de género en salud. Y una tercera línea es la que incorpora el análisis de género como factor determinante de la salud y de la enfermedad, tanto por razones sociales de género, como por razones subjetivas y de identidades de género.

Por tanto, las líneas de enfoque de salud de las mujeres y de género son:

1. Salud de las mujeres: sus líneas de actuación son alcanzar recursos para las mujeres, necesidades específicas por ser mujeres, sexualidad, reproducción, salud mental, lo personal es político y cambiar las condiciones de vida.
2. Desigualdades de género en salud: se basan en los estudios de las mujeres, los hombres y la discriminación. Salud comparada entre mujeres y hombres. Conocer las desigualdades: diferencias evitables e injustas. Alcanzar igualdad y equidad.
3. Análisis de género como determinante de salud: las mujeres, los hombres y sus relaciones. Analizar los modelos sociales, roles e identidades. Comprender cómo y por qué se producen las diferencias y desigualdades. Alcanzar diferencias no jerárquicas.

Como el motivo de la investigación que se presenta aquí es conocer las creencias populares que tienen las mujeres sobre sus ciclos vitales desde la perspectiva de género, la línea de estudio que se emplea en la investigación es la tercera, la de los análisis de los determinantes de género en salud, ya que lo que se plantea analizar es los modelos sociales, los roles y las identidades que se asocian a cada etapa del ciclo vital de la mujer.

1.6.1.1. Análisis de determinantes de género en salud

En esta línea se introduce el género como categoría de análisis de las condiciones sociales y de las experiencias de relaciones entre las mujeres y los hombres, y por tanto, de las formas de vivir y enfermar. Las condiciones de género son tratadas como determinantes de la salud, considerando los condicionantes psicosociales de género como procesos de riesgo y vulnerabilidad. Los condicionantes de género se definen como

“Aquellos roles asignados a mujeres y hombres por los modelos culturales de género, las actitudes procedente de aquellos imperativos de género a cumplir, la necesidad de responder a modelos e ideales de género y las posiciones psíquicas de feminidad y masculinidad, construidas subjetivamente a partir de aquellos modelos interiorizados. Son relaciones y actitudes de poder/subordinación y actividad/pasividad de los sexos. En definitiva es incluir los factores sociales y psíquicos de género y la subjetividad o experiencia vivida”⁶⁵.

Esta tercera línea de enfoque de género se desarrolla en salud a finales de los años noventa del siglo pasado, buscando comprender cómo se construyen los modelos sociales de género tan interiorizados por las personas que autoras como Kate Millet⁶⁶ define como “colonización interior”. Estos modelos sociales de género son los que motivan a las conductas de género, que se definen como valores y actitudes sexistas de las propias mujeres. Se analiza, igualmente, la influencia desde el exterior de los determinantes sociales. No se trata de estudiar las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres, sino cómo el género condiciona cada una de ellos. Se trata de comprender por qué y cómo se han producido las desigualdades y conseguir diferencias no jerárquicas.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 110.

⁶⁶ Kate Millet. *Política sexual*. Madrid: Cátedra; 1995, citado en Sara Velasco Arias *op. cit.*, p. 111.

1.6.1.2. Modelo de atención a la salud con intervención sobre los determinantes de género

Se encuadran en el modelo biopsicosocial, centrado en el paciente y sensible al género.

En palabras de Sara Velasco:

“La producción de un modelo para la práctica clínica, que intervenga directamente con la subjetividad que mantiene los determinantes de género desde el interior de las personas, y que actúe sobre la relación médico/paciente, es el cuño producto de los marcos teóricos constructivistas y de la subjetividad, dentro de esta tercera línea de análisis de género. Esto no podía darse solo desde el campo poblacional de la línea de las desigualdades de género”⁶⁷.

Es interesante resaltar, como nos indica esta autora, la construcción de un Centro de Atención de Salud de las Mujeres (Centre for Women’s Health Care) en Utrecht (Holanda), en 1980, llamado “Aletta” en homenaje a la primera médica de Alemania, Aletta Jacobs (Holanda, 1854-1929). “Desarrollaron la práctica del modelo de atención a cualquier problema de salud de las mujeres, no solo reproductivos, en centro pilotos para mujeres que luego se incorporarían a los centros de salud general”.

Este modelo “Aletta” holandés se basa en cinco puntos:

1. Consideración de la identidad de género de la paciente y roles de género.
2. Consideración de la situación personal y social de la paciente.
3. Tratamiento respetuoso a la paciente.
4. Encaminar a la paciente a afrontar sus problemas de salud estimulando y motivando hacia la autorresponsabilidad.
5. Evitar la medicalización.

Como se aprecia es muy parecido al modelo de salud de las mujeres de los años setenta, pero incorpora la identidad y los roles de género como causa de enfermedad. Siguen los principios de Salud de las Mujeres de empoderamiento, autodeterminación,

⁶⁷ *Ibíd.*, p. 118.

participación de las mujeres y el uso de grupos de autoayuda y discusión.

Con respecto a los servicios sanitarios, se trata de que sean disponibles, accesibles y aceptables para las necesidades de las mujeres. Por tanto van a estar más centrados en el cuidado y no en el curar, evitando la tecnologización y medicalización. Tiene en cuenta también los factores determinantes socioculturales y de género, como la pobreza, la dependencia económica, ser objeto de violencia, discriminación por sexo, poder limitado por las mujeres, roles de género, etc.⁶⁸.

1.7. LA SALUD DE LAS MUJERES

Según Izabella Rohlf, Carme Borrell y M. C. Fonseca, la salud de mujeres y de hombres es diferente y desigual. Se puede indicar que es diferente porque hay factores biológicos que se manifiestan de forma diversa en la salud y en los riesgos de enfermar en cada uno. Desigual porque hay otros factores, explicados en parte por el género, que afectan de manera injusta a la salud de las personas⁶⁹. Es importante resaltar que a la hora de hacer estudios de las mujeres es importante complejizar la situación de las mismas y no caer en el error de homogeneizarlas en la categoría abstracta de ‘mujer’, en un único grupo de ‘mujer’ frente a un único grupo de ‘hombre’.

Las mujeres, al igual que los hombres, están diferenciadas entre sí por otra serie de factores estructurantes, como su clase social, su etnicidad, su tipo de familia, etc., y habría que analizar cómo esa conjunción de variables está afectando a su situación concreta como ciudadanas en sociedades modernas, con el objetivo de no homogeneizar a todas las mujeres dentro de un mismo grupo en función únicamente del sexo. Por tanto, no es posible hablar de una identidad única para todas las mujeres por el solo hecho de serlo. De acuerdo con ello es importante destacar que el uso cada vez más generalizado del término *mujeres*, sin abandonar del todo el de *mujer*, al referirse al colectivo que pretenden denominar, significa que ya se está aceptando un carácter de uniformidad menor de la que se había mantenido hasta hace poco.

Puesto que en este trabajo también se utilizan los citados términos, es necesario señalar que el colectivo de *mujeres* no es homogéneo sino que expresa una gran variabilidad tanto en la forma como en el fondo, albergando en su seno diferencias que,

⁶⁸ *Ibidem*.

⁶⁹ Izabella Rohlf, Carme Borrell y M. C. Fonseca. “Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos”. *Gac Sanit.* 2000; 14 (Supl. 3): 60-71.

cuando se niegan o se desconocen, pueden agravar las desigualdades, las cuales se potencian al actuar simultáneamente con las derivadas del rol que la sociedad les atribuye. La médica y antropóloga M^a Luz Esteban⁷⁰ recuerda la importancia de considerar en el enfoque integrado de género ciertas categorías responsables de la heterogeneidad de este colectivo, porque para ella “el uso de la categoría *mujer* o *mujeres* ha dificultado percibir la construcción de otras diferencias que son fundamentales en la realidad de las mujeres. Entre ellas se puede destacar la etnia, la clase social, el medio rural o el urbano, la convivencia conyugal, tener o no tener descendencia, o las orientaciones sexuales”.

En palabras de M^a Luisa Lasheras, Marisa Pires y María del Mar Rodríguez, “la introducción de la perspectiva de género en el análisis de la salud implica reconocer que existen distinciones en el estado de salud de mujeres y hombres, que superan las diferencias biológicas y que son construidas socialmente. Cuando las diferencias en salud son el resultado de unas relaciones de poder desigual entre mujeres y hombres, establecidas en un contexto sociocultural jerarquizado donde lo masculino tiene mayor valor, hablaremos de desigualdades”⁷¹. El texto constitutivo de la OMS afirma que “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”⁷².

Hoy en día, pasados más de cincuenta años desde que se aprobó y adoptó dicho texto, según la política de la OMS en materia de género, cada vez se reconoce más que existen diferencias entre las mujeres y los hombres en cuanto a los factores que determinan la salud y a la carga de morbilidad. Estas desigualdades están relacionadas con lo que la OMS denomina *inequidades*, “atribuyéndoles una dimensión moral y ética puesto que son innecesarias, evitables e injustas y, por ello, no deben ser toleradas”⁷³. Izabella Rohlf s afirma en este sentido:

“Bajo la perspectiva de las diferencias y desigualdades deberíamos tener en

⁷⁰ Mari Luz Esteban. “El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud”, *op.cit.* p. 32.

⁷¹ María Luisa Lasheras Lozano, Marisa Pires Alcaide y María del Mar Rodríguez Gimena. *Género y salud*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Instituto Andaluz de la Mujer; 2004. p. 13.

⁷² Organización Mundial de la salud. *Constitución de la OMS*. Ginebra, 1960.

⁷³ María Luisa Lasheras Lozano, Marisa Pires Alcaide y María del Mar Rodríguez Gimena, *op. cit.* p. 13.

cuenta los aspectos biológicos, la edad, la morbilidad, el embarazo, parto, aborto, interrupción voluntaria del embarazo, menstruación, menopausia y también andropausia (de la que se habla poco), las hormonas; los aspectos genéticos, como la esperanza de vida; los aspectos socioculturales: la clase social, el nivel de estudios, la situación laboral, la corresponsabilidad y compatibilización de la vida personal y laboral, el apoyo social y los cuidados informales en salud; y también como los aspectos conductuales como los hábitos de alimentación, consumo de tabaco y drogas, conducción de automóviles, etc.... todos ellos tienen un impacto diferencial para mujeres y hombres como determinantes de salud, de trastornos crónicos, de limitación de actividad y de salud mental”⁷⁴.

Billing⁷⁵ señala que, en la vida diaria, mujeres y hombres nos enfrentamos a menudo con “conflictos de rol” –expresión deudora del lenguaje teatral–, que se refiere al hecho de representar, al mismo tiempo, dos o más papeles o roles, que pueden originar conflictos, los cuales pueden afectar a nuestra salud. La resolución va a depender de la flexibilidad o rigidez de nuestras identidades de género. “A mayor rigidez en este desempeño de los roles de género más tensiones pueden llegar a producir las distancias entre las idealizaciones y al realidad personal”⁷⁶.

La sociedad asigna diferentes papeles a los hombres y a las mujeres en distintos contextos sociales. Los roles ocupacionales y familiares son primordiales y muy importantes en la vida de la mayoría de los adultos. Por esta razón han sido utilizados con frecuencia como ejes en la investigación de las desigualdades en salud según género. El trabajo, tanto el productivo (remunerado), como el reproductivo (no remunerado), está relacionado con los estereotipos de género y con la salud, pues traduce las estructuras normativas de socialización y oportunidad. Es importante visualizar las desigualdades que puedan actuar como factores determinantes de una peor calidad de vida y de salud de las mujeres, pues ya se ha comentado que el género actúa

⁷⁴ Izabella Rohlfs. “Diferencias que generan desigualdades. Las invisibilidades en la salud de las mujeres”, *op.cit.*, p. 39.

⁷⁵ Billing M. *Arguing and thinking rhetorical approach to social psychology*. Cambridge: University Press; 1987.

⁷⁶ Cfr. Isabel Martínez Benlloch. “Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud”. En: *Programa de Formación de formadores/as en perspectiva de género en salud. Materiales didácticos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Universidad Complutense de Madrid; 2007. p. 20.

como una determinante estructural, influenciando los resultados de la salud mental y física, tanto de las mujeres como de los hombres. Pero en el caso de la población femenina se producen, por un lado, las desigualdades de oportunidades laborales y económicas, los salarios y el rol de ama de casa y, por otro, una socialización con baja autoestima, aquello de que “eres una chica, no puedes, no llegas”, combinado con un alto nivel de exigencia, la “*superwoman*” que tiene que poder llevar todo para delante.

El segundo informe de *Salud y Género*⁷⁷ publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, revela que los roles asignados a los hombres casi no han variado a lo largo del tiempo, mientras que la incorporación de la mujer al mercado laboral sí ha supuesto para ellas un cambio importantísimo de rol, mientras que no ha supuesto un alivio de las tareas domésticas, sino todo lo contrario. Esto les supone a muchas mujeres jornadas dobles e incluso triples de trabajo, ya que tienen que trabajar en “la casa”, “fuera de la casa” y en muchas ocasiones en la crianza de los/las hijos/as. Casi el 100% de las mujeres de entre 45 y 65 años dedica casi seis horas diarias a las actividades relacionadas con el cuidado del hogar, frente al 71% de los hombres, cuya dedicación no alcanza las dos horas y media por jornada. Este ejemplo de desigualdad, unido a los comentados anteriormente, tiene un efecto negativo y perjudicial en la salud de las mujeres. El tercer informe de Salud y Género, 2007-2008, “Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias”, da un paso más indicando que, aparte de consecuencias negativas en la salud de las mujeres, estas “dobles, triples” jornadas laborales tienen otra consecuencia: la sobrecarga de funciones impide el normal acceso de las mujeres a puestos de poder y toma de decisiones o, como poco, se lo pone muchísimo más difícil⁷⁸.

Por lo tanto, hay que trabajar para conseguir la *equidad* de género, que se dirige a la imparcialidad y la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres y mujeres. El concepto de *equidad* reconoce que el hombre y la mujer tienen distintas necesidades y gozan de distinto poder, y que esas diferencias deben

⁷⁷ Informe Salud y Género 2006. *Las edades centrales de la vida* [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [consulta el 05 de febrero de 2011]. Disponible : <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludGenero2006.pdf>

⁷⁸ Informe Salud y Género 2007-2008. *Mujeres y Hombres en las profesiones sanitarias*. Madrid: Ministerio de Sanidad y política Social; 2009.[consulta el 05 de febrero de 2011].Disponible: <http://www.udg.edu/LinkClick.aspx?fileticket=NbQihjCEw-M%3D&tabid=17483&language=ca-ES>

determinarse y abordarse con miras a corregir el desequilibrio entre los sexos⁷⁹. Un conjunto de factores que se reiteran en informes, investigaciones y estudios:

“Tendríamos que hacer referencia a la doble jornada, la falta de descanso, falta de corresponsabilidad en las relaciones de pareja, en los trabajos domésticos y de cuidados y también de otros puntos importantes como las respuestas a los ideales estéticos e irreales promocionados por los medios de comunicación y la sociedad. También las situaciones de violencia doméstica, violencia laboral (sobre todo a la hora de embarazos), es decir, las violencias en general”⁸⁰.

Las enfermedades debidas a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres son inevitables; aun así, habría que insistir en estudiar las enfermedades y sus síntomas en hombres y también, por otro lado, en las mujeres, para no persistir en el error del modelo biologicista androcéntrico que aplica los resultados de las investigaciones con hombres a las mujeres; y al mismo tiempo no ciñéndose en su caso únicamente a la esfera ginecológica (salud reproductiva) para dejar de ver a la mujer, como algunas autoras han apuntado, como “un útero con patas”. Sin embargo, las enfermedades debido a las desigualdades de género son inconcebibles, pero por desgracia han estado tanto tiempo invisibilizadas que se han “visto” como algo natural, de posible causa “biológica” antes que “social”.

Siguiendo a Elsa Gómez⁸¹, del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OMS, el enfoque integrado de género implica, pues, la búsqueda de la equidad en salud entre mujeres y hombres, entendiendo por tal que ellas y ellos tengan las mismas oportunidades y derechos de lograr el pleno desarrollo de su salud. Desde este punto de vista, la equidad en salud implica eliminar esas desigualdades socialmente construidas que son evitables e inmorales y suprimir también los factores que la determinan. De lo expresado anteriormente se deduce que las desigualdades de género en salud son una parte integrante de las desigualdades sociales que requieren, por tanto, mayor atención

⁷⁹ Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS, *op.cit.*, p. 5.

⁸⁰ Izabella Rohlf. “Diferencias que generan desigualdades. Las invisibilidades en la salud de las mujeres”, *op.cit.*, p. 42.

⁸¹ Elsa Gómez Gómez. “Equidad, género y salud: retos para la acción”. *Rev Pan Salud Pública* [Internet].2002. [consulta el 30 de mayo de 2009]; 11 (5-6) 454-461 Disponible en :http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500024&script=sci_arttext

de la que hasta ahora se les ha prestado en las investigaciones, y por eso se ha decidido llevar a cabo la investigación que aquí se presenta con perspectiva de género.

1.8. EL PROCESO DE ANÁLISIS DE LA SALUD CONSTRUIDO CON UN ENFOQUE INTEGRADO DE GÉNERO

Las investigaciones realizadas en las últimas décadas han permitido conocer que las mujeres y los hombres enferman y mueren por causas diferentes, por lo que se dice que la salud de las mujeres y hombres es diferente, pero también desigual, como se ha expuesto en apartados anteriores. Según diversos estudios, en los países industrializados las mujeres viven más años que los hombres pero con peor calidad de vida, ya que presentan con mayor frecuencia morbilidad de carácter crónico debilitante, como la diabetes y la artrosis⁸². Siguiendo el Informe de Género y Salud, “las principales causas de muerte en los hombres mayores de cincuenta años son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las causas externas (accidentes y suicidios) por este orden. En las mujeres de la misma edad se están produciendo cambios en las causas de muerte en los últimos años, observándose un incremento proporcional de las muertes por enfermedades cardiovasculares y una reducción de las producidas por el cáncer de mama”⁸³.

“Para llegar a realizar análisis como los precedentes se requiere la revisión de las principales fuentes de información disponibles en relación con el objeto de análisis. La inclusión de la perspectiva de género en cuestiones epidemiológicas estándares como quién, cuándo, cómo y dónde se enferma, permite obtener modelos de salud-enfermedad sensibles al género. Para ello es preciso examinar la información existente acerca de la morbilidad y mortalidad. Es fundamental que los datos contenidos en estas fuentes tengan un nivel mínimo de desagregación sobre todo en relación con ciertas variables que son fundamentales en el análisis desde la perspectiva de Género. Los datos desagregados por sexo son condición necesaria, aunque no suficiente, para la

⁸² María Luisa Lasheras Lozano, Marisa Pires Alcaide y María del Mar Rodríguez Gimena. *Género y salud, op.cit.*, p. 15.

⁸³ *Ibidem.*

introducción de esta perspectiva”⁸⁴.

El proceso de análisis de la salud construido con un enfoque integrado de género permite responder a las preguntas que surgen al analizar el proceso de salud/enfermedad: quién, cómo, cuándo, dónde y por qué enferma la población. Para contestar a estas cuestiones se necesita una perspectiva de análisis amplia que introduzca nuevos elementos que provienen de otras disciplinas (antropología, economía, psicología, enfermería...). Todo ello conlleva trascender la visión más clásica del análisis de los procesos salud-enfermedad, lo cual implica la construcción de nuevos indicadores que faciliten la obtención de una imagen más próxima a la realidad. Siguiendo el Informe de Género y Salud⁸⁵, esta visión más amplia implica cuestionar las creencias y concepciones que tienen las y los profesionales de la salud que intervienen en la toma de decisiones, lo que hace necesario, además, cuestionar los instrumentos y las herramientas que se utilizan habitualmente, pero también la interpretación de los resultados que con ellos se obtienen. Para ello son igualmente útiles otras variables que caracterizan el análisis de género, como las variables sociodemográficas y económicas que se presentan en el siguiente apartado.

1.8.1. Variables socioeconómicas que posibilitan el análisis desde una perspectiva de género

Es preciso recordar que las desigualdades de género en salud solo pueden ser comprendidas y analizadas en el contexto histórico, cultural y social en el que se desarrollan y es preciso tener presente ese contexto para llegar a descubrir las. Por ejemplo, es importante la edad, no solo por la mayor o menor experiencia que aporta, sino también por la evolución que han sufrido las condiciones sociales y sanitarias. También el estado civil, la ocupación remunerada, el tipo de familia, las redes de apoyo, etc.

Las distintas concepciones de salud tendrán una especificidad diferente al tener en cuenta la diversidad que aporta la edad, la etnia, la clase social, el hábitat, pero de forma determinante el sexo y el sistema sexo-género. No pueden ser iguales las acciones

⁸⁴ *Ibidem*.

⁸⁵ María Luisa Lasheras, Marisa Pires y María del Mar Rodríguez. *Género y salud, op.cit.*, p. 14.

planificadas para las ancianas o los ancianos, las mujeres jóvenes o los varones adultos, aunque todos vivan en un país desarrollado, con las condiciones “igualitarias” de las sociedades actuales. Este hecho diferencial obliga a construir estrategias de prevención y de promoción de la salud que tengan en cuenta las singularidades de cada uno de los sexos. El conocimiento del estado de salud de la población y de su posibilidad de enfermar, la identificación de sus necesidades y demandas, y la atención a la salud en general, son objetivos que deben estar presentes en el diseño de las políticas públicas, de los programas de intervención, y de los servicios sanitarios disponibles. Para ello es necesario introducir la variable sexo⁸⁶.

A continuación se presentan en una tabla las variables socioeconómicas que posibilitan el análisis desde una perspectiva de género.

Tabla 1. Variables socioeconómicas que posibilitan el análisis desde una perspectiva de género

| | |
|--|--------------------------------|
| Edad | |
| Estado Civil | Casada/o |
| | Separación/divorcio |
| | Viudedad |
| | Soltera/o |
| Nivel de estudios | |
| Ingresos familiares, especificando los ingresos de cada miembro de la pareja | |
| Ocupación remunerada | Tipo de trabajo |
| | Puesto de trabajo |
| | Tipo de contrato |
| | Tipo de jornada laboral |
| | Nº horas trabajadas por semana |
| Ayuda externa en las actividades propias del ámbito doméstico | Trabajo remunerado |
| | Ayuda familiar |
| Ayuda externa en el cuidado de las personas dependientes | Cuidador/a con remuneración |
| | Apoyo familiar para el cuidado |
| Estructura familiar: Personas que conviven (nº, edad, sexo y parentesco) | |

⁸⁶ Fernando Conde, Cristina Santamaría. Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños. Madrid: Dirección general de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1994.

| | |
|------------------------------|---|
| Disponibilidad de tiempo | Nº de horas a la semana dedicadas a sí misma/o |
| | Nº de horas de sueño |
| | Tipo de actividades de tiempo libre |
| Relaciones sociales de apoyo | Redes de apoyo social: pertenencia a asociaciones, grupo organizados de ocio y tiempo libre, etc. |
| | Disponibilidad de apoyo por parte de amistades y familiares |

[Fuente: María Luisa Lasheras, Marisa Pires y María del Mar Rodríguez. *op.cit.*, p. 16.]

Como se aprecia en la tabla anterior, “bajo esta óptica se agrupan factores sobre la relación con el trabajo remunerado, condiciones tipo de trabajo, el trabajo doméstico o no remunerado, la doble jornada laboral, el cuidado de niños/as pequeños y otros, múltiples roles y el estado civil y el nivel educativo, variables todas expresivas de las condiciones económicas”⁸⁷.

1.8.2. Variables relativas al proceso salud-enfermedad

Llegados a este punto hay que resaltar la importancia de la obra clásica para el feminismo, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*⁸⁸, en la introducción del enfoque de género. En la edición española que se hizo en el año 2000 “se incluye esta línea de desigualdades de género en salud y sobre morbilidad diferencial en enfermedades comunes, además de consideraciones sobre salud pública y distintos modelos de sistemas sanitarios”⁸⁹.

Según muchas autoras, la selección de las variables relacionadas con los procesos salud-enfermedad, y también con las variables relacionadas con atención a la salud, desde los servicios sanitarios, va a depender del objetivo de estudio y se manejarán unas u otras en función del propósito que se persiga. Si los procedimientos de información disponibles no recogen datos desagregados o si estos son inexistentes, se deberá proceder a su inclusión, ya que el estudio de datos incompletos –los que no

⁸⁷ Sara Velasco Arias, *op.cit.*, p. 106.

⁸⁸ Colectivo del Libro de las Mujeres de Boston. *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, edición española de Leonor Taboada, Margarita López, Carme Valls-Llobet y Montse Cervera. (1ªed. 1971). Barcelona: Plaza y Janes; 2000.

⁸⁹ Sara Velasco Arias, *op.cit.*, p. 106.

reflejan a mujeres y a hombres lo son— puede dar lugar a una lectura parcial o sesgada del estudio⁹⁰.

Tabla 2. Variables del proceso salud-enfermedad

| |
|--|
| - Mortalidad general |
| - Mortalidad materna |
| - Esperanza de vida |
| - Estado de salud percibido |
| - Discapacidades crónicas y agudas |
| - Trastornos crónicos/patologías prevalentes (dolor crónico, procesos autoinmunes, anemias, incontinencia urinaria, estrés, ansiedad, depresión, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, asma, bronquitis crónica, etc.) |
| - Nivel de bienestar |
| - Satisfacción personal |
| - Calidad de vida |
| - Conductas relacionadas con la salud: actividad física, dietas saludables, utilización del tiempo de ocio, horas de sueño, medidas de protección en las relaciones sexuales de riesgo, utilización de dispositivos de seguridad en la conducción; medidas de autocuidado, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, automedicación |

[Fuente: María Luisa Lasheras, Marisa Pires y María del Mar Rodríguez, Género y salud, Unidad de igualdad y de género. *op. cit.*, p. 17.]

Siguiendo a Sara Velasco⁹¹, esta línea de desigualdades de salud en la población en España se ha confirmado con producciones de mucha importancia como fueron el *Estudio de Salud de las Mujeres en España* (1992), *El Informe sobre Salud y Desigualdades en Cataluña* (2003) y el *Informe SESPAS 2004*.

1.8.3. Variables relacionadas con atención desde los servicios sanitarios

Por último, habría que contemplar determinadas variables relacionadas con el proceso salud-enfermedad y con la atención a la salud desde los servicios sanitarios.

⁹⁰ María Luisa Lasheras, Marisa Pires y María del Mar Rodríguez, *op.cit.*, p. 19.

⁹¹ Sara Velasco Arias, *op.cit.*, p. 107.

Tabla 3. Variables relacionadas con atención a la salud desde los servicios sanitarios

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Prescripción de medicamentos- N° de medicamentos- Tipos de medicamentos- Frecuencia en el uso de los servicios sanitarios:- N° de visitas a los servicios sanitarios- Tipo de servicio frecuentado- Motivo de la consulta a los servicios sanitarios- Servicio sanitario al que se realiza la consulta (atención primaria, salud mental, obstetricia, ginecología...)- Tipo de servicio: público/privado- Accesibilidad al servicio sanitario:- Tiempo medio que se tarda en llegar al servicio sanitario- Tiempo medio de espera en la consulta- Tiempo medio de espera ante una cirugía- Tiempo medio para el diagnóstico de una patología- Satisfacción de las personas usuarias con los servicios sanitarios- Hospitalización:- Motivo de hospitalización- Estancia media- Formación de las y los profesionales de la salud en la atención de nuevos problemas de salud (violencia)- Investigación de los problemas sanitarios |
|--|

[Fuente: M^a Luisa Lasheras, Marisa Pires y M^a del Mar Rodríguez, *Género y salud*, Unidad de igualdad y de género. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Instituto Andaluz de la Mujer, Sevilla, 2004. *op. cit.*, p. 18]

Explica M^a Luisa Lasheras que:

“Dada la interrelación dinámica de los elementos que componen el constructo género, es preciso obtener información acerca de los elementos socioculturales simbólicos implícitos en los discursos sociales de los procesos salud-enfermedad. Esta información se obtiene a través de la metodología cualitativa, cada vez más utilizada en el campo de análisis de la salud. Por

todo ello, es imprescindible incluir la perspectiva de análisis cualitativa en los sistemas de información de carácter rutinario”⁹².

1.9. LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Las desigualdades de género en la salud solo pueden ser entendidas en el contexto histórico, cultural y social en el que se desarrollan, y es ineludible tener en cuenta ese contexto para llegar a descubrirlas. De ahí que se proponga utilizar el modelo del que fue Ministro de Sanidad de Canadá, Marc Lalonde⁹³, cuyos elementos constituyen un potente instrumento de análisis de la salud. Este autor canadiense planteó en 1974, en su importantísima obra *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*, que el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables:

- la biología humana (genética, envejecimiento)
- el medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicológica y sociocultural)
- el estilo de vida (conductas de salud)
- el sistema de asistencia sanitaria

Uno de los aspectos más significativos de este modelo es que equipara la importancia de los determinantes biológicos, medioambientales y de estilos de vida con la organización de la atención a la salud. Este modelo de Lalonde sitúa a las personas con sus características relativas a la edad, el sexo y la genética (que configuran su potencial de salud) en el centro de una encrucijada formada por los determinantes de la salud. El modelo, al apartarse de una perspectiva biologicista pura, permite examinar y reconocer elementos a los que no se les había prestado atención hasta el momento, como acontece con los que componen el concepto de *género*.⁹⁴ Por ejemplo, en relación con las enfermedades cardiovasculares, existe la creencia de que las mujeres tienen menor probabilidad que los hombres de morir prematuramente, pero la letalidad es más alta en mujeres que hombres. Seguramente exista una diferente susceptibilidad

⁹² María Luisa Lasheras, Marisa Pires y María del Mar Rodríguez, *op.cit.*, p. 19.

⁹³ Marc Lalonde. *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; 1974.

⁹⁴ María Luisa Lasheras, Marisa Pires y María del Mar Rodríguez, *op.cit.*, p. 19.

biológica, pero también tienen influencia los hábitos de vida (fumar o no fumar) y la exposición a riesgos que generan estrés o situaciones socioeconómicas desfavorables.

Siguiendo a las autoras María Luisa Lasheras, Marisa Pires y María del Mar Rodríguez⁹⁵, se van a definir y poner ejemplos concretos de cada uno de los apartados propuestos por Lalonde desde la perspectiva de género.

1.9.1. Biología humana

Este elemento comprende todos los hechos relacionados con la salud física y mental que se manifiestan en la mujer y el hombre como consecuencia de la constitución orgánica de la persona.

”Las diferencias morfológicas y de funcionamiento orgánico existentes entre mujeres y hombres producen lógicas variaciones en el estado de salud y en el modo de enfermar y morir de unas y otros. Estos hechos no tendrían mayor trascendencia de no ser porque con frecuencia se olvidan. La mirada androcéntrica de la salud ha hecho que la mayoría de los problemas que afectan a la salud de las mujeres no se haya estudiado suficientemente, dando lugar a desigualdades en la salud con graves consecuencias para las mujeres”⁹⁶

El androcentrismo, enfoque que centraliza la experiencia humana únicamente desde la perspectiva masculina, ha llevado a las ciencias biomédicas a adoptar durante mucho tiempo una visión androcéntrica, asumiendo que las mujeres y hombres son similares desde el punto de vista biológico, con excepción de sus sistemas reproductivos, de modo que, con mucha frecuencia, se han aplicado a las mujeres resultados de estudios realizados fundamentalmente con población masculina. Las implicaciones de los errores causados en los diagnósticos, en la terapéutica o en la prevención, están comenzando a ponerse de manifiesto. Uno de los ejemplos más clarificadores son los sesgos cometidos en la investigación de las enfermedades cardiovasculares⁹⁷ que, como se ha expuesto anteriormente, es la primera causa de muerte en hombres y mujeres en países desarrollados. El resultado es que existen aún

⁹⁵ *Ibid.*, p. 21.

⁹⁶ *Ibidem.*

⁹⁷ *Ibidem.*

muchos vacíos de conocimiento en relación con la naturaleza de las enfermedades cardíacas en las mujeres, y existe preocupación por las crecientes evidencias en este sentido. Por ejemplo, la sintomatología que presentan algunas mujeres con infarto agudo de miocardio (IAM) no responde al modelo descrito.

La generalización de este estereotipo hace que, por una parte, la mujer no identifique la situación de urgencia en la que se podría encontrar y que, por otra, los y las profesionales sanitarios no reconozcan los síntomas, retrasando el diagnóstico y pudiendo tener por ello consecuencias fatales, según un estudio realizado por el equipo coordinado por el profesor Jaume Marrugat⁹⁸. Según varios estudios ya realizados, aunque las mujeres tienen menor incidencia de IAM, la mortalidad es mucho más elevada.

Citaremos más ejemplos de estudios en este sentido. Las únicas diferencias tradicionalmente reconocidas en cuanto a la salud entre mujeres y hombres son las relativas a la salud reproductiva.

“En ocasiones son los aspectos relacionados con el sistema reproductor lo que se considera más relevante al valorar la salud de las mujeres, de modo que numerosos programas tanto preventivos como asistenciales únicamente contienen aspectos relacionados con la anticoncepción, el embarazo, la menopausia y la detección precoz del cáncer en diferentes órganos del sistema reproductor, fundamentalmente útero y mama. Esta visión parcial de la salud de las mujeres impide realizar una atención integral manteniendo al objeto de estudio como un ser fraccionado”⁹⁹.

Entre las diferencias biológicas que diferencian a las mujeres de los hombres está la menstruación, reflejo de cambios hormonales cíclicos, la pérdida de hierro que se produce durante la menstruación y durante el embarazo, que puede provocar la anemia ferropénica, la maternidad, y la mayor vulnerabilidad de las mujeres a las enfermedades de transmisión sexual, cuyo máximo exponente es el SIDA¹⁰⁰.

⁹⁸ Jaume Marrugat, Joan Sala et al. “Mortality differences between men and women following first myocardial infarction”. *Journal of the American Medical Association*: 1998, 280 (16):1405-1409.

⁹⁹ María Luisa Lasheras, Marisa Pires y María del Mar Rodríguez, *op.cit.*, p. 22.

¹⁰⁰ Carme Valls-Llobet. “Morbilidad en las Mujeres Jóvenes”. *IV Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud*. Madrid; 2002. Citado en María Luisa Lasheras, Marisa Pires y María del Mar Rodríguez, *Género y salud, op.cit.*, p. 23.

A pesar de que las investigaciones sobre estas y otras diferencias biológicas entre hombres y mujeres son cada vez más abundantes, quedan muchos vacíos en el conocimiento de su evolución, de sus determinantes y de los resultados para la salud de hombres y mujeres.

1.9.2. Medio Ambiente

Marc Lalonde desarrolló una definición de *medio ambiente* relacionada con la salud. Para dicho autor sería “todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales las personas tienen poco o ningún control”. Este concepto está limitado por la dicotomía interno-externo y ha sido superado por otro más amplio de Jacqueline Sims y Maureen Butter, publicado en 2002, donde se sostiene que “la salud ambiental es considerada como un segmento de la salud pública que evalúa, entiende y controla el impacto ejercido por las personas sobre su medio ambiente y el impacto de éste sobre ellas”¹⁰¹.

En palabras de María Luisa Lasheras, Marisa Pires y María del Mar Rodríguez:

“Si bien es cierto que las personas por sí solas no pueden modificar las circunstancias físicas, culturales, económicas o sociales que son nocivas para su salud, también lo es que muchas de estas características medioambientales son modificables y que es posible emprender acciones dirigidas a conseguir cambios efectivos desde diferentes instancias. En este sentido, el enfoque integrado de género es un concepto dinámico cuyo objetivo es modificar las condiciones sociales como medio de corregir desigualdades”¹⁰².

Siguiendo a Jacqueline Sims y Maureen Butter, “en el sector de la salud aún hoy no se ha reconocido que muchos problemas ambientales repercuten de diferente modo en la salud de mujeres y hombres, probablemente como consecuencia de la escasez de investigaciones sistemáticas y rigurosas que incorporen el enfoque integrado de género”¹⁰³.

¹⁰¹ Jacqueline Sims y Maureen E. Butter. “Equidad de género y salud ambiental”. *Serie género, equidad, salud*. Publicación ocasional n° 10. Washington: OPS/OMS; 2002.

¹⁰² María Luisa Lasheras, Marisa Pires y María del Mar Rodríguez, *op.cit.*, p. 24.

¹⁰³ Jacqueline Sims y Maureen E. Butter, *op.cit.*

Como ejemplo citamos los efectos sobre la salud de compuestos tóxicos ambientales. Las investigaciones realizadas en ciencias medioambientales señalan que muchos compuestos químicos producen alteraciones en el organismo humano, y que el efecto diferencial en la morbilidad entre mujeres y hombres es en parte debido a la diferente exposición, pero que también podría explicarse por las diferencias biológicas. Algunos compuestos que simulan la acción de los estrógenos endógenos pueden dar lugar a alteraciones del sistema inmunitario a las que son más susceptibles las mujeres. Otras sustancias tienen afinidad con receptores ubicados en el tejido adiposo que es más abundante en mujeres que en hombres. Especial preocupación ha despertado la transmisión de tóxicos al feto a través de la placenta y a los/las lactantes a través de la leche materna.¹⁰⁴

1.9.3. La pobreza

El mayor determinante individual de mala salud en cualquiera de sus dimensiones es la pobreza (estado socioeconómico, condiciones de vida, nivel de ingresos o nivel educativo)¹⁰⁵. Las personas pobres mueren más jóvenes y sufren más discapacidades, están expuestas a riesgos más elevados como consecuencia de unas condiciones de vida poco saludables y cuando enferman tienen una recuperación más lenta, especialmente si su acceso a los servicios de salud es limitado, lo que es muy frecuente¹⁰⁶.

Se puede afirmar que los riesgos para la salud resultados de la pobreza son mayores para las mujeres que para los hombres, ya que a las consecuencias de ser pobres se unen los efectos derivados de las inequidades de género. Las mujeres en general y algunos grupos de ellas en particular (inmigrantes, niñas, ancianas, pertenecientes a determinadas etnias), son especialmente vulnerables a la pobreza debido, según algunas autoras como Jacqueline Campbell, a los patrones de dominio-sumisión que presiden las relaciones sociales entre hombres y mujeres¹⁰⁷. Los términos *feminización de la pobreza* y *empobrecimiento de las mujeres* denotan esta situación. El primero hace referencia al número creciente de mujeres entre la población pobre y el segundo

¹⁰⁴ *Ibíd.* p. 25.

¹⁰⁵ OMS, *Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI*. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 1999.

¹⁰⁶ Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en Salud*. Washington.

¹⁰⁷ Jacqueline Campbell. "Health Consequences of intimate partner violence". *Lancet*. 2002; 359, 1331-1336.

expresa el empeoramiento de los estándares de vida de las mismas.

Entre las causas de la pobreza de las mujeres se pueden enumerar la falta de equidad en el reparto de los recursos (alimenticios, económicos, de tiempo, etc.) y de acceso a los servicios públicos (educación, servicios sanitarios, etc.), lo que deja a las mujeres en franca desventaja y con pocas probabilidades de superar la pobreza¹⁰⁸.

1.9.4. Violencia contra las mujeres

Es otro de los problemas relacionados con la discriminación social por razones de género que tiene un enorme e importantísimo impacto sobre la salud de las mujeres. Este fenómeno está presente en todos los lugares del mundo en los que se ha estudiado, independientemente del grado de desarrollo que tengan; afecta a todas las clases sociales, a todas las razas, a todos los colectivos sean laicos o religiosos, y constituye una importante causa de morbilidad y mortalidad femeninas. Incluye no solo las agresiones físicas, sino también el maltrato físico y sexual¹⁰⁹. En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó una declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres. En 1996, la OMS lo declaró prioridad en Salud Pública¹¹⁰.

La Organización de Naciones Unidas contempla la erradicación de la violencia de género como uno de sus principales cometidos estratégicos desde 1995, fecha en la que tuvo lugar la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Pekín, de la que nació la Declaración y la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995, cuyos contenidos han sido revisados en el año 2000 y en 2005. Además, la Declaración del Milenio 2000 manifiesta que la violencia de género constituye la mayor vulneración de los derechos humanos en el mundo, y establece la colaboración de los Estados para lograr la erradicación de las desigualdades de género como uno de los objetivos estratégicos de la actuación de la comunidad internacional¹¹¹.

La violencia de género incluye cualquier causa de violencia que por razones de

¹⁰⁸ María Luisa Lasheras, Marisa Pires y María del Mar Rodríguez, *op.cit.*, p. 25.

¹⁰⁹ *Ibid.* p. 27.

¹¹⁰ Pilar Blanco, Consuelo Ruiz Jarabo, Leonor García de Vinuesa, Mar Martín García. “La violencia de pareja y la salud de las mujeres”. *Gac Sanit* [Internet].2004. [consulta el 30 de septiembre 2008];18 (1):182-188. Disponible http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112004000400029&lng=es&nrm=iso&tlng=es

¹¹¹ Ley de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género. Ley 13/2007, de 26 de noviembre. BOJA nº 247, de 18 de diciembre de 2007.

sexo tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en los espacios de relación públicos o en los privados. La violencia del compañero íntimo contra la mujer (VCI), es uno de los actos comprendidos en la categoría de violencia de género, y se define como la violencia física, sexual y psicológica que se produce de forma habitual en el ámbito de la familia, llevada a cabo por parte del que es, o fue, su compañero sentimental. Este tipo constituye una de las formas de violencia menos “visibles”, por desarrollarse en el ámbito de la familia. El impacto de esta lacra social en la salud de las víctimas puede llegar a representar la pérdida de hasta una quinta parte de sus años de vida.¹¹²

Esta afirmación se apoya en las investigaciones que se llevaron a cabo durante los años ochenta y noventa del siglo pasado, las cuales demostraron que el hecho de estar sometida a una relación de violencia tiene graves consecuencias para la salud de la mujer, a corto y largo plazo. La mujer maltratada presenta numerosos síntomas físicos y psicosomáticos, síntomas de sufrimiento psíquico (disminución de su autoestima, ansiedad y depresión fundamentalmente), además de lesiones físicas. Incluso el estrés crónico que implica el maltrato favorece la aparición de diferentes enfermedades y empeora las existentes¹¹³.

1.9.5. Estilos de vida

La Organización Mundial de la Salud, en el documento “Salud para todos en el siglo XXI” de 1999, define estilo de vida como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”. Destacamos de esta definición el que los estilos de vida están sujetos a la influencia de las condiciones culturales y sociales y, por ello, impregnados por el género. La adopción de estilos de vida diferentes por mujeres y hombres está influida por las normas y roles establecidos socialmente, y pueden dar

¹¹² Carmen Vives Cases, Carlos Mercedes Carrasco Portiño, Jordi Torrubiano Domínguez. “El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España”. *Gac Sanit* [Internet].2007. [consulta el 15 de octubre 2008]; 21(3):242-246. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112007000300011&script=sci_arttext

¹¹³ Pilar Blanco, *op. cit.*

lugar a desigualdades en salud.

Algunos comportamientos que inciden en la salud y muestran patrones diferentes asociados al constructo de género son las conductas alimenticias, el consumo de alcohol o los hábitos sexuales. Tendrían que ser tenidos en cuenta conjuntamente cuando se trate de corregir desigualdades entre las mujeres y los hombres, sin perder de vista que los cambios individuales han de ser facilitados por cambios en las condiciones sociales de vida que sustentan los patrones del comportamiento humano¹¹⁴.

1.9.6. Sistemas de atención a la salud

La aceptación de la salud como un concepto dinámico y positivo conduce a la modificación de la concepción de los servicios de salud. También los cambios que se producen en los modos de enfermar de las poblaciones a medida que se desarrollan, y la transformación de los modelos de enfermedad y muerte hacia una vida más larga, con predominio de las patologías crónicas, crean la necesidad de trascender el reduccionista enfoque curativo de los sistemas sanitarios y sustituirlo por el enfoque más amplio de cuidados desde la salud pública y la promoción de la salud, con el objetivo de atender a la salud de la ciudadanía y no solo a la enfermedad¹¹⁵.

Autores como Mandelblatt y Yabroff analizan con agudeza algunos de los aspectos denominados como “medicalización de los procesos fisiológicos normales” de las mujeres. Los autores destacan la utilización generalizada de la ecografía prenatal, el tratamiento de una amenaza de aborto mediante el reposo, el cribaje de la diabetes gestacional mediante una prueba de tolerancia a la glucosa, la práctica de episiotomía de forma rutinaria en todos los partos vaginales, la aplicación universal o sistemática de la anestesia epidural o la práctica indiscriminada de cesáreas en mujeres de clases sociales altas¹¹⁶

¹¹⁴ María Luisa Lasheras, Marisa Pires y María del Mar Rodríguez. *op. cit.*, p. 33.

¹¹⁵ *Ibidem*.

¹¹⁶ J.S. Mandelblatt, KR. Yabroff. “Breast and cervical cancer screening for older women: recommendations and challenges for the 21st century”. *J Am med Women Assoc*, 2000; 55 (4): 210-215. Citado en : *Género y salud, op. cit.*, p. 34.

2. CICLO DE VIDA DE LAS MUJERES Y RELACIÓN CON LAS ETAPAS REPRODUCTIVAS

2.1. LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

El objeto de estudio de la investigación que se presenta es conocer las creencias populares sobre los ciclos vitales femeninos y sus posibles implicaciones desde la perspectiva de género. Por tanto, llegados a este punto, y después de haber definido en el capítulo anterior conceptos como salud, género, perspectiva de género, corrientes feministas y sus implicaciones en la salud de las mujeres, se procede a continuación a dar un paso más en esta línea y a desarrollar los conceptos de salud sexual y reproductiva, directamente relacionados con el objeto de la investigación.

El camino hacia la salud sexual y reproductiva comienza en 1948, cuando en la Declaración de los Derechos Humanos, además de reconocerse el derecho a todo ser humano a la salud (como se ha tenido oportunidad de ilustrar en el capítulo 1), se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materna e infantil, en el capítulo 25.2, donde se señala que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y

asistencia especiales. Todos los niños y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”¹¹⁷.

Siguiendo a Lucía Mazarrasa, el concepto de salud materna e infantil empezará a cobrar cada vez mayor relevancia e importancia, culminando en 1952 cuando la Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprueba el “Convenio relativo a la protección de la maternidad”¹¹⁸.

Transcurridos treinta años el concepto se fue ampliando y esto tuvo lugar en la “Conferencia de Alma Ata” (1978), donde se incluye la planificación familiar como un mínimo más de la salud materna e infantil. En 1979 la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” de Naciones Unidas (CEDAW) vuelve a recoger en su declaración el derecho a un “acceso informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre la planificación de la familia”:

“Artículo 1. A los efectos de la presente Convención, la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”¹¹⁹.

En 1994 deja de utilizarse por primera vez el término de *salud materno-infantil* y sí se utiliza el término *salud sexual y reproductiva* en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. “Este logro fue el fruto del trabajo de los movimientos feministas de las décadas de los setenta y ochenta, quienes reivindicaron con fuerza los

¹¹⁷ Lucía Mazarrasa Alvear, Sara Gil Tarragato. *Salud sexual y reproductiva*, *op.cit.*, p. 4.

¹¹⁸ *Ibid.* p. 5.

¹¹⁹ Asamblea General de las Naciones Unidas. *Convención sobre la eliminación de todas las formas posibles de discriminación contra la mujer*. Se aprobó el 18 de diciembre de 1979 y entró en vigor como tratado internacional el 3 de septiembre de 1981 tras su ratificación por 20 países.[consultado el 11 de noviembre de 2011] Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

derechos sexuales, constantemente olvidados”¹²⁰.

La salud reproductiva es el “estado general de bienestar, físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además, la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y de la libertad para decidir si hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia”. El objetivo de la Salud Sexual es “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual”¹²¹. Fue, en palabras de Lucía Mazarrasa y Sara Gil, “un parto primerizo, largo y doloroso, igual que el puerperio en que nos encontramos”¹²². Fue definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”.

La salud sexual y reproductiva así definida tiene su origen en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (CIPD) llevada a cabo en El Cairo del 5 al 13 de septiembre de 1994. Se acordó realizar la Conferencia bajo los auspicios de las Naciones Unidas y fue organizada por una secretaría compuesta por la División de Población del Departamento de Políticas e Información Económica y Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). En esta Conferencia de 1994 se acordó que la población y el desarrollo están indisolublemente unidos y que el dotar de mayor poder a la mujer y tomar en cuenta las necesidades de la gente en lo relativo a educación y salud, incluyendo la salud reproductiva, es necesario para el avance individual y el desarrollo balanceado. Avanzar en la equidad de género, eliminar violencia contra las mujeres y asegurar la habilidad de las mujeres de controlar su propia fertilidad son las piedras angulares de las políticas de población y desarrollo. Las metas concretas se centraron en proveer educación universal y cuidado a la salud reproductiva que incluya la planificación familiar, así como el reducir la mortalidad maternal e infantil. La CIPD adoptó un Programa de Acción para los veinte años siguientes.

La salud sexual se según la WAS (World Association For Sexology) se define del siguiente modo:

¹²⁰ Lucía Mazarrasa Alvear, Sara Gil Tarragato. *Salud sexual y reproductiva, op.cit.*, p. 5.

¹²¹ *Ibid.*, p. 4.

¹²² *Ibid.*, p. 3.

“Estado de bienestar, físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos”.¹²³

A continuación, en la tabla 4 se presentan, a modo de resumen, los principales instrumentos internacionales y sus contenidos relacionándolos con la salud reproductiva.

Tabla 4. Principales instrumentos internacionales relacionados con la Salud Reproductiva.

| Año | Instrumento | Contenido |
|-------------|--|---|
| 1948 | Declaración de los Derechos Humanos | Se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materna e infantil (artículo 25.2) |
| | Creación de la OMS | Entre sus funciones está “el promover la salud y la asistencia materna e infantil y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente” (Artículo 2.1) |
| 1952 | Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) | Aprobación del Convenio relativo a la protección de la maternidad |

¹²³ *Ibidem.*

| | | |
|-------------|---|--|
| 1978 | Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) | El Planteamiento Integral de la Salud para Todos en el año 2000 recoge entre los mínimos la “asistencia materna e infantil, incluyendo la planificación familiar” |
| 1979 | Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: CEDAW | Impulsa el “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia” (Artículo 10) |
| 1994 | EL CAIRO: Conferencia internacional sobre población y desarrollo | Pone el acento definitivo en el concepto de salud sexual y reproductiva y en la importancia del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos |
| 1995 | IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas: BEIJING | La Plataforma para la Acción reconoce que “la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos” |
| 1999 | EL CAIRO +5 EL CAIRO +10 | Aunque supusieron una revisión y nueva ratificación han dejado al descubierto los riesgos a los que está enfrentada la agenda contemporánea en materia de salud sexual y reproductiva |
| 2000 | CUMBRE DEL MILENIO | Recoge en dos de sus objetivos aspectos fundamentales para la mejora de la salud reproductiva a nivel global: la reducción de la mortalidad materna y el avance hacia la igualdad entre los géneros junto con el empoderamiento de las mujeres |
| 2005 | BEIJING +10 | La falta de derechos en materia de salud reproductiva, los altos índices de violencia contra las mujeres ende VIH/SIDA reflejan que aún queda mucho camino |

[Fuente: Lucía Mazarrasa Alvear, Sara Gil Tarragato. *op.cit.*, p. 7]

Para autoras como Ivonne Szasz¹²⁴, existen tres dimensiones de la desigualdad social entre los sexos que afectan a la salud reproductiva de las mujeres: la división social del trabajo, la construcción de la identidad femenina en torno a la maternidad y el control social de la sexualidad.

- Las diferencias respecto a cargas de trabajo, responsabilidad frente a los hijos y las remuneraciones, se convierten para muchas mujeres en jornadas extensas e inacabables, descanso y satisfacción reducida y conflictos entre demandas de trabajo y cuidado de los hijos.
- Para esta autora, la identidad de las mujeres se organiza en función de que sus deseos y fantasías relacionadas con el matrimonio y la maternidad, ya que hoy en día, todavía, la valoración subjetiva y social de la feminidad se sitúa en el logro de la vida reproductora en muchos casos.
- Con respecto al control social de la sexualidad femenina, la autora señala que “se expresa en forma de normas que proscriben la sexualidad no procreativa en mujeres solteras. Impulsan la maternidad temprana, y el desconocimiento de las mujeres sobre su propio cuerpo y sobre la sexualidad, y legitiman la poligamia masculina, la violencia sexual domestica”.

2.2. CICLO DE VIDA Y CICLO FÉRTIL: ¿BIOLOGÍA Y CULTURA?

La investigación que se presenta es una aproximación a las creencias populares sobre los ciclos vitales femeninos y sus etapas reproductivas. A pesar de que los ciclos de vida están formados por agrupaciones de edad (infancia, vida adulta, ancianidad) reconocidas por todas las sociedades, el criterio para determinar la adscripción a las diferentes etapas de que se constituye cada ciclo de vida y las propiedades atribuidas a cada una de ellas varían notablemente no solo entre diferentes sociedades, sino también en una misma sociedad. El criterio según el cual se define el ciclo de vida varía históricamente y/o por grupos sociales (hombres, mujeres...) ¹²⁵.

Según muchas autoras se considera que en la actualidad el eje vertebrador del

¹²⁴ Ivonne Szasz. “Contrapunto: La salud reproductiva-el derecho a ser mujer”. [internet] [consultado el 10 de enero de 2012]. Disponible en: <http://www.tierramerica.org/mujer/contrapunto.shtml>

¹²⁵ Yolanda Bodoque Puerta. “Tiempo biológico y tiempo social. Aproximación al análisis del ciclo de vida de las mujeres”. *Gazeta de Antropología*. [Internet].2001.[consulta el 5 de febrero de 2011]17,(12),Disponible en http://www.ugr.es/~pwlac/G17_12Yolanda_Bodoque_Puerta.html

ciclo de vida de las mujeres ha dejado de ser el matrimonio (solteras, novias, esposas, madre o viudas)¹²⁶ y se ha ido imponiendo como eje el proporcionado por uno de los modelos dominantes de referencia, el sistema médico-científico, responsable de definir los periodos más significativos de la vida de las mujeres relacionándolas con su capacidad fértil. Así la menarquia, el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia y otras manifestaciones asociadas específicamente a la salud de las mujeres y que forman parte del funcionamiento fisiológico de su cuerpo se convierten en nudos clave a partir de los cuales se interpretan otros aspectos sociales.¹²⁷

En este sentido es necesario revisar cómo se han ido argumentando los periodos fundamentales de la vida de las mujeres, qué connotaciones culturales y sociales se les han atribuido, qué han simbolizado para las propias protagonistas y cómo les ha afectado a su salud, para poder detectarlas y proponer medidas para su corrección que indudablemente pasarán por la educación para la salud. Este es el punto de partida de la investigación que intenta ser una aproximación a las creencias populares sobre los ciclos vitales femeninos desde la perspectiva de género.

Para M^a Luz Esteban, desde la antropología feminista se ha teorizado y mostrado cómo la desigualdad social entre hombres y mujeres se proyecta a dos niveles: uno material, referido a las actividades socio-laborales diferenciadas de unas y otras en los distintos ámbitos (laboral, doméstico, afectivo), y otro simbólico, centrado sobre todo en las representaciones asociadas al ámbito de la biología (fisiología) humana, básicamente la reproductiva, donde la experiencia del cuerpo emerge como una esfera central. Pero, tanto en la antropología como en la teoría feminista general, la referencia principal ha sido siempre el cuerpo interno (principalmente el aparato reproductor), relegando todo lo concerniente a la imagen corporal, en su dimensión práctica y simbólica, a un lugar secundario en el análisis¹²⁸.

Como se ha comentado anteriormente, es significativo que todos los acontecimientos importantes de la vida de las mujeres, relacionados o no con su salud, se identifican con fases concretas del ciclo fértil y con la salud reproductiva: menarquia, menstruación, embarazos, partos, menopausia...

¹²⁶ Jordi Roca. *De la pureza a la maternidad. La construcción del género femenino en la postguerra española*. Madrid: Ministerio de Cultura; 1996.

¹²⁷ Yolanda Bodoque Puerta, *op.cit.*

¹²⁸ M^a Luz Esteban. *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2004. p. 74.

Se ha tenido oportunidad de exponer en el apartado anterior que salud reproductiva es, según la OMS, el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida. No es por tanto una mera ausencia de enfermedades o dolencias. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia (derechos reproductivos). Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles, así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos.

Sin embargo, aunque sean conceptos distintos, se relacionan entre sí, y los periodos o etapas de la vida reproductiva de la mujer (menarquia, menstruación, embarazos, partos, menopausia) se convierten en ocasiones en el ideario colectivo en los periodos vitales de las mujeres, a pesar de que los ciclos de vida están formados por agrupaciones de edad (infancia, vida adulta, ancianidad) y no por etapas según “fertilidad”.

De esta forma, y de acuerdo con M^a Luz Esteban, el ciclo menstrual y los periodos que lo anteceden, lo acompañan, y lo preceden, sirven de marco de referencia inamovible de la salud y la enfermedad, tanto para sanitarios y sanitarias como para mujeres que “aprenden a hacerlo así, no solo con los servicios sanitarios, sino con el proceso de socialización”¹²⁹. Esta misma autora llama la atención sobre el hecho de que no se debe de tener una visión reproductivista o de fertilización como característica que define los periodos vitales de las mujeres, porque vivimos en una sociedad donde “ser mujer” se define teniendo en cuenta otras dimensiones al margen de la posibilidad de ser madres. Sin embargo, aunque esta investigación se posiciona ideológicamente desde la perspectiva de no tener una visión reproductivista de los ciclos vitales, como se emplea, hay que resaltar que se va a utilizar el concepto de *ciclo vital* relacionándolo con las etapas reproductivas de las mujeres, y que al utilizarlo nos vamos a referir a las etapas de la menstruación, maternidad y embarazo.

¹²⁹ Mari Luz Esteban. “La salud de las mujeres: nuevas preguntas para nuevas respuestas”. En: C. Díez Mintegui y V. Maquieira. *Sistemas de género y construcción (deconstrucción) de la desigualdad*. Granada. Actas del VI Congreso de Antropología, 1993. citado En: Yolanda Bodoque Puerta *op.cit.*

Es importante atender a este proceso porque la identidad de las mujeres está marcada por la definición cultural que vincula el ser femenino a determinados elementos de carácter biológico que están vinculados a su ciclo vital; a la fertilidad en última instancia. Las profesoras Coria, Freixas y Covas lo describen así:

“Tres “emes”, menarquía, maternidad y menopausia, definen los hitos del desarrollo femenino y otorgan a las mujeres una identidad fundamentalmente biológica en la que no se incluyen otros aspectos considerados cruciales en el desarrollo de la personalidad adulta, como el trabajo y la jubilación, que sí son tenidos en cuenta cuando se trata del desarrollo adulto de los hombres. La consideración de la centralidad de la maternidad como requisito para la construcción de la identidad femenina, deja al margen de la “auténtica feminidad” a quienes no han deseado o podido tener hijas e hijos. Nosotras: cuerpo y biología; ellos: rendimiento y participación en la arena pública y en el mercado laboral”¹³⁰

Estas definiciones son fundamentalmente biológicas y están centradas en el ciclo reproductivo.

2.3. PERIODOS DE TRANSICIÓN ENTRE LAS DIFERENTES ETAPAS REPRODUCTIVAS

El ciclo vital está compuesto por las fases por la que transcurre la vida de una persona desde el nacimiento hasta la muerte. El cuerpo, la noción de ser y la identidad se van transformando de manera continua y compleja. La salud y el género se convierten en las marcas de estadios de desarrollo acompañados de rituales en muchas sociedades, ya que cada etapa es fundamental para la salud física y mental de los individuos.

De acuerdo con Amelia Valcárcel, hay que conocer los ritos para saber en qué consiste el ser humano, puesto que el concepto de rito va mucho más allá de fiestas, ceremonias y calendarios, existiendo ritos muy importantes como los de pertenencia, de

¹³⁰ Anna Freixas. “La edad escrita en el cuerpo y en el carnet de identidad”. En: Clara Coria, Anna Freixas, Susana Covas. *Los cambios en la vida de las mujeres. Temores, mitos y estrategias*. Barcelona: Paidós; 2005. p. 71.

reconocimiento y de paso¹³¹. “Cada individuo vive a lo largo de su vida biológica la inclusión en alguna de esas escalas, la quiera o no. Va de una a otra por sucesivos ritos de paso, se acomoda a ellas mediante las ceremonias de pertenencia, se mantiene en su lugar mediante los ritos de reconocimiento”¹³².

En palabras de Amelia Varcárcel “somos mujeres o varones, niños, adolescentes, adultos o ancianos, así como los hijos de alguien, los padres de alguien, los vecinos de otros, los colegas de otros, los amigos de cuales... y entre esas nuestras identidades los ritos median constantemente. Si son conformes, autorizan a portar la identidad que el sujeto pretende; si fallan o no son completos, ponen en entredicho la autopresencia del yo”¹³³. Por lo tanto, de acuerdo con esta autora, los ritos, sobre todo hacen ser y ser percibidos, es decir aportan visibilidad.

El ciclo vital de las mujeres se puede dividir con respecto a la edad en tres etapas: infancia, madurez, y senectud. Los límites entre ellas están marcados por la pubertad y el climaterio, que son por tanto periodos de transición, y cursan con importantes cambios endocrinológicos, físicos y también culturales.

La pubertad es el periodo de la vida en el que ocurren los cambios que marcan el comienzo de la fertilidad. Durante la pubertad, el sistema reproductivo hormonal se está preparando para la actividad, y durante la perimenopausia se está preparando para la inactividad, para la retirada. Los dos son estadios evolutivos perfectamente normales y ambos necesitan varios años para completarse¹³⁴.

Los hitos de estos periodos de transición son la menarquia en la pubertad y la menopausia en el climaterio.

Silvia Turbert aporta que la menstruación (menarquia) “parece ser un factor normalizador que hace de la niña una mujer igual que las demás; como un rito de iniciación a la adultez que confirma su posición femenina, como algo que le permite participar en los secretos de las mujeres”¹³⁵

¹³¹ Amelia Valcárcel. *Feminismo en el mundo global*. Madrid: Ediciones Cátedra Feminismos; 2009. p. 109.

¹³² *Ibid.* p. 110.

¹³³ *Ibidem.*

¹³⁴ Anna Freixas. *Nuestra menopausia. Una versión no oficial*. Barcelona: Paidós; 2007. pp. 30-31.

¹³⁵ Silvia Turbert. “La experiencia del cuerpo y la sexualidad”. En: María Asunción González de Chávez Fernández (Comp.) *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1999. p. 189.

2.4. ETAPAS REPRODUCTIVAS Y SUS “HITOS” CULTURALES

En este punto hay que resaltar, por tanto, que partimos de que las etapas reproductivas de las mujeres (menstruación, maternidad, menopausia) están imbuidas de hitos culturales, que se transmiten de generación en generación y que modulan formas de comportamiento con respecto a las mismas: “no se trata de definir las etapas del ciclo de vida de las mujeres desde el punto de vista de la salud reproductiva y sexual; también estas etapas definen algo más que periodos relacionados con la salud y con la enfermedad; se han dotado de contenido social y cultural haciendo que las mujeres identifiquen cada una de las etapas con determinadas pautas de comportamiento”¹³⁶. El objeto de estudio, por tanto, es conocer qué contenido social y cultural está imbuido en las concepciones y representaciones sobre las etapas del ciclo vital de las mujeres, y su posterior implicación en la salud de las mismas.

Hay que subrayar que el concepto de fertilidad adquiere un valor central, ya que va a ser el eje que va a definir las diferentes etapas del ciclo reproductivo de las mujeres. La fertilidad es la posibilidad fisiológica de procrear de la mujer. Ha sido desde tiempos inmemoriales objeto de culto, ya que garantizaba la supervivencia de la comunidad, del clan, la transmisión del poder y el mantenimiento de las estructuras sociales. La infertilidad, por esta misma causa, ha sido percibida como un gravísimo problema. Edad y fertilidad en la mujer están muy relacionadas, de hecho, la capacidad o no capacidad fértil define las etapas reproductivas de las mujeres.

2.4.1. La pubertad: transición hacia la fertilidad

La pubertad se define como el tiempo que transcurre en la vida de una persona, a lo largo del cual aparece una serie de manifestaciones denominadas “caracteres sexuales secundarios”. Ese tiempo es un periodo relativamente largo y con una cierta cronología común, dentro de una variabilidad característica. La edad de inicio de la pubertad es muy variable. Suele ocurrir entre los 8 y los 14 años, y se considera normal hasta los

¹³⁶ Yolanda Bodoque Puerta, “Tiempo biológico y tiempo social. Aproximación al análisis del ciclo de vida de las mujeres”. *op.cit.*

16¹³⁷. Es el periodo de la vida en el que ocurren los cambios que marcan el comienzo de la fertilidad.

Los caracteres sexuales secundarios característicos de la pubertad son:

- Aumento de la altura. El aumento de la talla física suele ser el hecho más precoz.
- Aparición y desarrollo de las glándulas mamarias. Se denomina *telarquía*.
- Aparición y desarrollo del vello pubiano y axilar.
- Aparición de la primera menstruación. Se denomina *menarquía*.

En general, lo primero que ocurre en el tiempo es el aumento de la talla, que suele ocurrir unos dos años antes en las mujeres que en los hombres. Crecen unos seis centímetros por año, pero puede ocurrir un crecimiento de hasta once centímetros. Posteriormente aparece el desarrollo de las mamas, luego el vello pubiano, vello axilar y por último la aparición de la menstruación.

Para la ginecóloga Rosaura Hurtado¹³⁸, el momento de la aparición de la pubertad viene condicionado por dos factores fundamentales:

1. Factores genéticos: en las familias la aparición de la pubertad ocurre en edades similares.
2. Factores socioeconómicos: se necesita un peso mínimo, por debajo del cual no ocurre la aparición de la pubertad. En general, al desarrollarse socioeconómicamente los países, se avanza la edad de la pubertad.

María Asunción González de Chávez considera:

“La pubertad es el momento en que se remarca llamativamente es estatutos diferencia (inferior) de las mujeres y, en cuanto tal, es fuente de ambivalencias y conflictos, que con frecuencia, se intentan parar o resolver, paradójicamente, por una o ambas vías: las sexualidad y/o la maternidad, a la búsqueda de una aceptación masculina y/o una identidad social, que puede ser más o menos carente en función de la propia historia personal”¹³⁹.

¹³⁷ Rosaura Hurtado. “Modificaciones fisiológicas producidas en el organismo femenino en la pubertad. La menarquía. La tensión premenstrual”. En: María Asunción González de Chávez Fernández (Comp.) *op.cit.*, p. 143.

¹³⁸ *Ibidem*.

¹³⁹ María Asunción González de Chávez Fernández. *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres. op.cit.*, p. XII.

Desde el punto de vista de la *endocrinología*, para que sucedan los hechos referidos tiene que haber unos cambios hormonales o bioquímicos que los precedan. Los órganos relacionados con ellos son los ovarios, órganos genitales femeninos por excelencia, y unas glándulas cerebrales que son hipotálamo e hipófisis. En la pubertad ocurre la puesta en marcha de forma gradual del ciclo ovárico, con la producción de hormonas sexuales femeninas, los estrógenos. Al inicio este proceso no es completo, sino que ocurre parcialmente, por ello puede ocurrir ovulación pero no todos los meses y además explica por qué las menstruaciones iniciales en este periodo pueden ser anormales o irregulares.¹⁴⁰

En la pubertad se establecen también las correlaciones entre los diferentes organizadores de este complejo que es el ciclo ovárico. Así, se organizan las relaciones entre los ovarios y el eje hipotálamo-hipofisiario.

La pubertad precoz se define como la aparición del desarrollo de las mamas o del vello en el pubis, o los dos, antes de los 8 años, o el inicio de la menstruación antes de los 10 años. E igualmente puede darse una pubertad retardada, la cual, según Rosaura Hurtado, es más difícil de definir, ya que el proceso de la pubertad no ocurre en un solo día, sino a lo largo de un periodo relativamente largo de tiempo¹⁴¹.

Así mismo, es difícil separar la pubertad del momento puntual de la menarquia. El límite de la pubertad se sitúa en los dieciséis años, y para la menstruación en los dieciocho años. Si han aparecido los caracteres sexuales secundarios, no hablamos de pubertad retardada hasta los dieciocho años (margen de la primera menstruación), pero si no ha desarrollado esos caracteres, el margen para calificarla como retraso en la aparición de la pubertad y por ello motivo de estudio, son los dieciséis. Las causas de este cuadro también son muy diversas, y entre ellas destacan alteraciones hormonales, cromosómicas, etc.

Según Victoria Sau, con la llegada de los cambios físicos de la pubertad que se han descrito anteriormente, la niña se enfrenta a un doble problema: experimentar, como le ocurre al niño, que su cuerpo pasa por una transformación y que su cuerpo se va haciendo cada vez más diferente al varón o viceversa. La diferencia de género aprendida hasta ahora y que se veía normal, no había sido suficiente para que la niña se

¹⁴⁰ Rosaura Hurtado. "Modificaciones fisiológicas producidas en el organismo femenino en la pubertad. La menarquia. La tensión premenstrual". En: María Asunción González de Chávez Fernández (Comp.) *op.cit.*, p. 144.

¹⁴¹ *Ibidem*.

diera cuenta, tomara conciencia de que la humanidad está biológica, fisiológica y anatómicamente dividida en sexos y que esto le atañe también a ella.¹⁴²

2.4.1.1. La menarquia. El comienzo de “ser mujer”

La menarquia (del griego μήν, μηνός, mes, y ἀρχή, principio) es el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual de la mujer. Desde las perspectivas sociales, psicológicas y ginecológicas es frecuente considerarlo el evento central de la pubertad femenina, ya que señala la posibilidad de fertilidad. La menarquia es la culminación de una serie de procesos fisiológicos y anatómicos en la pubertad.

No hay ningún pueblo ni cultura que no tenga ritos muy específicos y diferentes relacionados con la menarquia, a través de los cuales se establecen todos los tabús y prohibiciones oportunos sobre los ciclos de la mujer¹⁴³.

Según la profesora María Asunción González la primera menstruación, o menarquia, marca el momento de inscripción/iniciación femenina a las dos “experiencias/funciones” que han definido culturalmente a la mujer: la sexualidad (adulta) y la maternidad. La autora señala que ambas, paradójicamente, presentan un carácter antitético, al estar impregnadas de todos los valores en torno al ideal de la mujer (=madre) engrandecidos por el sistema patriarcal, en cuyo orden simbólico la mujer no aparece encarnada como tal, sino solo en tanto madre (asexualada)¹⁴⁴. “A consecuencia de ello, de un lado, la maternidad es connotada/cargada con todos los valores que el sistema le ha adjudicado, en que la mujer (madre o no) ha quedado enajenada de una subjetividad propia, de unos símbolos que reflejen su experiencias, vivencias, valores”¹⁴⁵.

Siguiendo a Victoria Sau, “la menarquia, como último paso del proceso de la pubertad, pone la rúbrica final a la creciente perplejidad de la niña, que no solo se observa y ve cambiar, sino que nota muy bien que es observada y es vista”¹⁴⁶ ya que como la especie humana es cultural por definición, estos cambios pasan a ser

¹⁴² Victoria Sau. *Ser mujer: El fin de una imagen tradicional*. Barcelona: Icaria; 1986. p. 16.

¹⁴³ Victoria Sau Sánchez. *Reflexiones feministas para principios de siglo*. Madrid: Editorial Horas y Horas; 2000. p. 49.

¹⁴⁴ María Asunción González de Chávez Fernández. *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres. op.cit.*, p. XII.

¹⁴⁵ *Ibidem*.

¹⁴⁶ Victoria Sau. *Ser mujer: El fin de una imagen tradicional. op.cit.*, p. 16.

observados, evaluados e instrumentados relacionándolos con la representación social de transformación en mujer; no obstante, en la niña se produce socialmente mediante la menarquia el paso de niña a mujer, fundamentado en la idea de que ya es fértil, y por tanto desde este momento, pudiera engendrar descendencia si así lo quisiera. Por tanto, en la menarquia, confluyen una serie de influencias que no son solo biológicas o psicológica, sino también sociales.

“La niña con su menarquia a los once, doce o trece años no es una mujer porque ni su inteligencia ni su afectividad han alcanzado los niveles que nuestro desarrollo evolutivo requiere para que consideremos a una persona capaz de valerse por sí misma y de interactuar de forma adulta con los demás. Pero su cuerpo ya es funcionalmente apto para tener hijos y es en razón de esto que su propia familia, la que supuestamente debe amarla y protegerla, le desliza al oído la frase lapidaria: ya eres una mujer”¹⁴⁷.

Llegados a este punto, Victoria Sau se cuestionaba a finales de los ochenta del siglo pasado si biología es destino. Ella misma se contestaba sí y no. Desde el discurso patriarcal por supuesto, desde el de la liberación de la mujer en absoluto. La diferencia entre las dos respuestas se debe a que somos seres culturales y esto significa que podemos hacer análisis e interpretaciones diferentes de una misma realidad y situación y vivir de acuerdo con ello.¹⁴⁸

En palabras de Victoria Sau, “la menarquia vista como paso más en el camino de llegar a ser mujer y el ciclo menstrual que se instala a partir de entonces significa salud, normalidad, disponibilidad para dar la vida si se desea, cadencia y ritmo del transcurrir de las cosas”¹⁴⁹.

2.4.1.2. Madurez fértil: el ciclo menstrual

Es importante resaltar la idea de que al nombrar al ciclo menstrual nos referimos a un fenómeno multidimensional, ya que se dan en él toda una serie de influencias recíprocas que no son solo biológicas o psicológicas, sino también sociales, como

¹⁴⁷ *Ibidem*.

¹⁴⁸ *Ibid.* p. 17.

¹⁴⁹ *Ibid.* p. 19.

sucede también en la menarquia. Esto explica la necesidad de tener en cuenta el análisis de aquellos aspectos psicosociales que confluyan en él, estudiando, aparte de las funciones biológicas y psicológicas, las vertientes antropológicas y culturales del ciclo, que son las menos estudiadas, debido a la imposibilidad de acotar en una sola dimensión la investigación sobre fenómenos menstruales. Esta es una de las razones que han motivado la realización de este estudio; conocer las vertientes culturales y sociales de los ciclos de las mujeres.

El ciclo menstrual por tanto es un fenómeno no solo biológico, sino también social y cultural. Existen creencias culturales que influyen en lo que sienten o experimentan cíclicamente las mujeres. La subcultura menstrual contiene un lenguaje, utillaje sanitario, normas sociales, expectativas y creencias hacia cómo debe sentirse, cómo debiera actuar, comportarse etc. las mujeres durante el ciclo menstrual. Es importante estudiar y comprender estos aspectos sociales y culturales, ya que se ha llegado a exponer que existe cierta incapacidad de tipo emocional, físico y cognoscitivo durante algunas fases del ciclo menstrual para desempeñar tareas de responsabilidad. En este caso, se intenta buscar un origen biológico a una serie de prejuicios que se emplean para intentar separar a las mujeres de ciertas esferas de poder y de control social.¹⁵⁰

Las creencias y actitudes colectivas hacia el ciclo menstrual no solo parecen intervenir en lo que experimentan las mujeres, sino que se emplean como explicaciones para la conducta femenina. Como muchas de las actitudes existentes hacia el ciclo menstrual son negativas, “estas creencias se dirigen a explicar las conductas negativas que son raras, ocurren fuera de lugar o simplemente que son valoradas negativas dentro de la sociedad”¹⁵¹.

La exposición de las mujeres a normas culturales acerca de la salud en general y de la menstruación en particular crea un conjunto de ideas, opiniones y expectativas que influyen en cómo ellas experimentan y califican sus propias experiencias durante la menstruación.¹⁵²

El ciclo normal menstrual oscila con una menstruación cada 26 a 32 días,

¹⁵⁰ M. Asunción Almendro Padilla, José María Martínez Selva. “El ciclo menstrual como fenómeno social y cultural”. En: Jesús Gómez Amor, José M^a Martínez Selva. *Psicobiología del ciclo menstrual*. Madrid: Universidad Nacional a Distancia; 1991.p. 67.

¹⁵¹ *Ibidem*.

¹⁵² *Ibid.* p. 73.

aproximadamente un ciclo lunar, que es de 28 días. Desde la Antigüedad se creía, por esta sencilla relación, que el ciclo menstrual está firmemente relacionado con el ciclo lunar (creencia que ha llegado hasta nuestros días) y por esta supuesta relación se denominaron “lunas” a las menstruaciones. Algunos incluso llegaron a la errónea suposición de que la luna nueva era motivo de la regla en las mujeres vírgenes y la luna menguante en las adultas y casadas.

La interacción entre cambios biológicos y culturales ha dado lugar a que el ciclo menstrual de la mujer abarque hoy un intervalo aproximado de treinta y cinco años. Los principales factores desencadenantes de dicho fenómeno son los siguientes¹⁵³:

1. El adelanto producido en la edad de la pubertad, a una media de un año cada veinticinco; eso supone, salvando algunas diferencias de opiniones entre autores, de dos a cuatro años de anticipación de la menarquia en el último siglo.
2. La reducción del número de hijos por mujer –fecundidad– relacionada, aunque no de forma absoluta, con el descenso de la mortalidad infantil.
3. La reducción del tiempo de amamantamiento, tanto por la limitación del número de hijos citada anteriormente, como por la mayor brevedad del periodo de lactación cuando la hay.
4. El retraso observado y reconocido en la edad de la menopausia, que ha pasado de los cuarenta y seis a los cuarenta y nueve años, amplía el intervalo por el límite opuesto al de la menarquia.

Especialmente ilustrativa es esta frase de Victoria Sau al respecto:

“Se puede afirmar en la actualidad que la mujer europea y de América del Norte tiene y/o va a tener unos cuatrocientos ciclos menstruales a lo largo de su vida. A partir de esa realidad se comprende que resulta arcaico seguir definiendo la menstruación como el negativo del embarazo o como la preparación sistemática del organismo para la reproducción. La variación hormonal resulta de la armonía funcional de una serie de glándulas internas y estímulos nerviosos coordinados que es exponente de buena salud”.¹⁵⁴

¹⁵³ Victoria Sau Sánchez. *Reflexiones feministas para principios de siglo. op.cit.*, pp.78-79.

¹⁵⁴ *Ibíd.* p. 80.

2.4.1.3. Fisiología del ciclo menstrual

La palabra menstruación deriva del español *menstruo*, proveniente a su vez del término latino *menstruus*, cuyo origen está en *mensis*, que significa mes. Suele aparecer entre los diez y catorce años de edad con la menarquia y dura hasta la menopausia.

En términos biofisiológicos el concepto *menstruación* describe el proceso fisiológico que tiene lugar cada mes de manera regular aproximadamente durante treinta o cuarenta años en la vida de una mujer. Entenderemos por menstruación una descarga fisiológica cíclica de sangre y tejidos mucosos por la vagina y procedentes del útero cuando este no ha sido ocupado por el huevo fecundado, presentándose, por lo general, a intervalos aproximados de cuatro semanas durante el periodo de la reproducción (desde la pubertad hasta la menopausia). La menstruación normal tiene una duración entre dos y siete días, con un periodo menstrual (libre de hemorragias) superior a dieciocho días e inferior a treinta cinco. En cuanto a la cantidad normal de hemorragia menstrual, se ha establecido que esta debe oscilar entre 30 y 180 ml (pérdida menstrual total)¹⁵⁵.

Aunque para algunas autoras como Carmen Valls-Llobet “la cantidad máxima de pérdida debería de ser de unos 100 cc, como una copa de vino, aunque es difícil de apreciar la pérdida de forma subjetiva porque muchas personas relacionan la intensidad mayor o menor comparándolo con las pérdidas de su madre, hermanas o amigas”¹⁵⁶.

Para que exista menstruación deben existir estrógenos a niveles adecuados para producir un crecimiento endometrial. Para que la hemorragia no sea excesiva a partir del día 14 del ciclo ovárico, se inicia la producción de progesterona que impide que el tejido del endometrio crezca de forma exponencial y lo prepara para el anidamiento si hubiera una concepción.

Sin embargo, de acuerdo con Victoria Sau, al introducirnos en el área de lo cultural, las definiciones sobre menstruación se multiplican y se diversifican, pero todas tienen en común el marcado carácter negativo. Citaremos primero los eufemismos: “enfermedad”, “indisposición”, “el mes”, “el periodo”, “la visita”, “la roja”, “la tía”, etc. Definiciones de tipo más imperativo dicen que es “el símbolo de la feminidad” y la

¹⁵⁵ Antonio Callizo Gutiérrez, José Pedro Cerdán. “Alteraciones de la menstruación”. En: Jesús Gómez Amor, José M^a Martínez Selva. *Psicobiología del ciclo menstrual*. Madrid: Universidad Nacional a Distancia; 1991.p. 121.

¹⁵⁶ Carmen Valls-Llobet. *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra; 2009. p. 135.

“señal de que se es mujer”, confundiendo en estos casos los términos sexo y género. Por último están las definiciones abiertamente peyorativas, cuya finalidad es la discriminación, la segregación, el tabú: “suciedad”, “impureza”, “peligro”, “amenaza”, “vulnerabilidad”, etc.¹⁵⁷.

2.4.1.4. Simbolismo de la sangre menstrual. Tabúes y mitos

La presencia de la sangre aporta un simbolismo especial a este proceso fisiológico, pues la sangre tiene para todas las culturas connotaciones emocionales, simbologías, rituales, siempre ambivalentes, oscilando entre la vida y la muerte. La abundancia de sangre se asocia a la vida, a la salud; su pérdida a la desaparición, enfermedad y muerte. Resulta muy ilustrativo el siguiente párrafo de Victoria Sau:

“Desde los ritos más primitivos en que los hombres podían embadurnarse con sangre el cuerpo o el rostro para conseguir fines determinados, la sangre de la circuncisión necesaria para llegar a la virilidad, la sangre de Cristo derramada, hasta lavar el honor ofendido con sangre, pasando por la magia y la brujería. En el vampirismo la sangre es la fuente de la eterna juventud cómo jóvenes son las mujeres mientras menstrúan; en los filtros y bebedizos mágicos la sangre ha sido y sigue siendo también un ingrediente primordial”¹⁵⁸.

De acuerdo con esta psicóloga y profesora universitaria¹⁵⁹, la sangre menstrual tiene tres características básicas que hacen que tenga un impacto emocional mucho más fuerte que cualquier otra:

1. Es humana.
2. Se derrama *independientemente de la voluntad* de la mujer.
3. Está relacionada con el sexo y la procreación.

Esto podría explicar los tabúes y mitos que rodean a la menstruación. Y tabú significa lo prohibido, lo peligroso, pero, a veces, tiene al mismo tiempo carácter de sagrado. A ellos se refiere en su importante obra Victoria Sau, en la que expone que,

¹⁵⁷ Victoria Sau Sánchez. *Reflexiones feministas para principios de siglo. op.cit.*, p. 49.

¹⁵⁸ *Ibíd.* p. 50.

¹⁵⁹ *Ibidem.*

como el ciclo menstrual es un hecho femenino, y como la mujer es el sexo dominado, los mitos y los tabúes no hacen sino manifestar esa situación. En sus páginas nos documenta a este respecto con los siguientes datos:

“Plinio, en su Historia Natural, ofrece una lista de las creencias de los romanos con respecto al ciclo femenino: si pasan cerca de un recipiente de vino, aunque sea nuevo, se estropeará y agriará; si tocan las espinas del campo, morirán; los pastos y las flores, al pasar junto a ellas se marchitarán; los frutos de los árboles bajo los cuales se sienten, caerán; empañarán los espejos en que se miren, así como una espada, o un cuchillo o cualquier instrumento afilado, los cuales se tornarán opacos en el acto; el hierro y el acero se oxidarán. Los griegos asimilaban la impureza de una mujer menstruante con la de un cadáver corrompiéndose. En 1878, el British Medical Journal afirmaba que la carne se corrompe cuando la toca una mujer que tiene la regla”¹⁶⁰.

En este sentido, se observa todavía, en pleno siglo XX, en algunos libros de ginecología y de enfermería materno-infantil de los años noventa del siglo pasado, la idea de proteger a los demás de la sangre menstrual en frases como “las mujeres sienten la menstruación como un problema especial. El flujo menstrual, con su olor normal a almizcle, es una fuente de azoramiento para las mujeres occidentales...la mujer debe tener cuidado de proteger a los demás de la exposición de su sangre”¹⁶¹.

Carme Valls-Llobet señala que “en lugar de ver la menstruación como una inferioridad, o como algo que nos ensucia, o nos resta oportunidades, podríamos dirigir una mirada diferente sobre ella y convertirla cuando rompe el ciclo cronológico en el aviso biológico que algo no anda bien en nuestro organismo, de que algo interno o externo ha roto nuestra armonía”¹⁶².

Siguiendo a la matrona y profesora de la Universidad de Sevilla Juana Macías, existen gran cantidad de tópicos, ideas falsas, referidos a las mujeres, es decir, expresiones vulgares o triviales que se transmiten de generación en generación sin

¹⁶⁰ *Ibid.* p.51.

¹⁶¹ Elizabeth Jean Dickason Bonnie Lang Silverman Martha Olsen. *Enfermería MaternoInfantil*. Madrid: Mosby; 1995. p. 59.

¹⁶² Carmen Valls-Llobet. *Mujeres, salud y poder. op.cit.*, pp. 133-134.

ninguna base científica con indudable repercusión sobre su salud. Esta autora indica que muchas proceden del oscurantismo, leyendas, falsas creencias o halo de superstición en que se han visto envueltos ciertos aspectos de la vida de las mujeres como la sexualidad, el embarazo y el ciclo menstrual. Pero no todo ha sido oscurantismo, superstición, falsas creencias..., también la falta de estudios, de conocimientos, de investigación y de constatación de los hechos por parte de los profesionales ha originado, con frecuencia, una transmisión de conocimientos inadecuados e incorrectos. Por tanto, no es raro observar cómo muchas adolescentes siguen el patrón de manifestación dolorosa de su madre pudiendo dar lugar a numerosas ausencias escolares y a la no participación en deportes entre otras limitaciones.¹⁶³

2.4.1.5. Ciclo menstrual e investigación científica

No se puede afirmar que el ciclo menstrual continúe siendo un tabú completo y total en nuestro país; sin embargo, es patente el desconocimiento general existente sobre el mismo. A esta situación contribuye la escasez de investigación y publicaciones sobre el ciclo. Contadas referencias, siempre desde un punto de vista fisiológico y reproductor, pueden encontrarse en el ámbito académico, especialmente en la clínica ginecológica; como, por ejemplo, en la obra *Ciclo menstrual y biología de la conducta*¹⁶⁴.

En este sentido se observa en algunas obras y tratados de ginecología cómo se compara el ciclo menstrual de la mujer con el del resto de los mamíferos, señalando diferencias y semejanzas, pero tratándolos al final como de la misma categoría. Así lo hizo el profesor José Botella Llusía:

“El fenómeno de la menstruación, que solo aparece en los primates superiores, porque aunque algunos otros animales, por ejemplo la perra, tienen una hemorragia periódica, esta es una hemorragia del celo, pero no una verdadera menstruación. La menstruación se define como la descamación periódica de un endometrio secretor. En la mujer, y más frecuentemente en la mona, se producen ciclos anovuladores cuyo endometrio no está transformado secretoriamente. No se distinguen de las

¹⁶³ Juana Macías Seda et al. “La salud de las mujeres”: En Macías Seda J, Gómez Salgado J. *Mujer y salud*. Madrid: Fundación para el Desarrollo de la Enfermería; 2008.

¹⁶⁴ Jesús Gómez Amor. *op. cit*

menstruaciones genuinas, pero se las llama pseudomenstruaciones”¹⁶⁵.

Para Carme Valls-Llobet¹⁶⁶, “la misma literatura feminista adolece de falta de claridad en este aspecto, por una parte haciendo abstracción de esta realidad en la vida de muchas mujeres, para que en aras de la igualdad no tuviéramos en cuenta esta gran diferencia, o negando directamente la influencia o los condicionantes del ciclo menstrual alterado, por miedo a que la vida de muchas mujeres fuera considerada inferior o condicionada por el hecho de la menstruación”.

Esta autora también indica que tan invisible ha quedado, que cuando se ha planteado su abolición a cambio de tratar hormonalmente a las mujeres durante toda su vida reproductiva, algunas chicas jóvenes han abanderado esta posibilidad que aparentemente les servía “para ser como hombres”, sin plantearse las consecuencias para su salud, ni la posibilidad de promover un posible cáncer de mama en su vida adulta.¹⁶⁷

Según Carmen Valls-Llobet, “la ciencia médica ha invisibilizado y minimizado las alteraciones de la menstruación a base de no reconocer que existen problemas, a base de medicalizarlos con anticonceptivos hormonales o a base de abolirla”¹⁶⁸. Sin embargo, “es muy difícil encontrar estudios que especifiquen cuáles son las características normales del ciclo menstrual”. En este sentido “algunos profesionales sanitarios han sugerido que la dismenorrea (el dolor durante los días de la menstruación), las metrorragias (menstruación abundante) o los ciclos irregulares fueran relacionados con la poca aceptación de la menstruación, antes de correlacionarlos con trastornos endocrinos o con deficiencias de nutrición”¹⁶⁹.

2.4.2. El climaterio: transición hacia el periodo no fértil

El ginecólogo Servando Seara nos ilustra sobre algunas referencias históricas al hecho de ser menopáusica en textos tan lejanos en el tiempo como el Antiguo Testamento: “[...] Es de considerar que ambos dos, Abraham y Sara, eran de avanzada

¹⁶⁵ José Botella LLusiá, José A. Clavero Núñez. *Tratado de Ginecología* (14ª ed.) Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1993. p. 37.

¹⁶⁶ Carmen Valls-Llobet. *Mujeres, salud y poder. op.cit.*, p. 133.

¹⁶⁷ *Ibidem*.

¹⁶⁸ *Ibid.* p. 135.

¹⁶⁹ *Ibidem*.

edad para tener hijos y a Sara le había faltado ya las costumbres de las mujeres” (Génesis, 18:11), si bien el estudio de la menopausia como concepto de salud se remonta, según este autor, al siglo XVIII y alcanza un primer auge a principios del siglo XIX con la aparición del primer libro dedicado enteramente a este tema, *Avies aux Femmes qui Entrent dans L’age Critique*, por el médico francés C.P.L de Gardanne en 1816 y que apareció cuatro años después de defender el autor su tesis doctoral en la Universidad de París sobre el mismo tema. Fue Gardanne (1821) quien acuñó el término de *menespausie* que posteriormente fue abreviado, *ménopause*, en una segunda edición de su libro.¹⁷⁰ Gardanne la describió como la “edad crítica” y también como el “infierno de las mujeres”¹⁷¹.

Siguiendo a Anna Freixas, en los últimos años del siglo XX la interpretación y la explicación sobre la menopausia se ha convertido en un tema de gran interés, no solo como un proceso individual, sino también como un hecho social, dadas las diferentes posiciones que la medicina y el pensamiento feminista tienen al respecto. Para esta autora, es una de las cuestiones relativas a la salud más controvertidas de las últimas décadas, en la que las perspectivas resultan bastante antagónicas.

“Por un lado están los planteamientos biomédicos que la conceptualizan como un déficit hormonal que debe ser tratado para evitar el cúmulo de pérdidas y deterioro que conlleva, y por otro se encuentran las teorías feministas, que la entienden como un proceso natural y esperable en la vida de las mujeres, que supone pérdidas y también ganancias, de la misma índole que el resto de transiciones evolutivas a lo largo del ciclo vital”¹⁷².

Y si nos referimos al concepto de climaterio y a sus etapas, podemos afirmar que la menopausia se refiere al último periodo menstrual de la mujer. El periodo posterior a la misma se define como postmenopausia y el periodo inmediatamente anterior es la premenopausia. Envolviendo a estos periodos está el climaterio, etapa que está poco definida y que comienza con el declinar de la capacidad reproductiva de la mujer y llega hasta la senectud. No obstante, el término *climaterio* proviene del griego *Klimar*,

¹⁷⁰ Servando Seara. “Modificaciones patológicas producidas en el organismo femenino en la menopausia”. En: María Asunción González de Chávez Fernández (Comp.) *op.cit.*, p. 251.

¹⁷¹ Anna Freixas. *Nuestra menopausia. Una versión no oficial. op.cit.*, p. 29.

¹⁷² *Ibid.* p. 30

gradación, escalera, escalón y *ther* o *thero*, animal. En sentido estricto, el climaterio, al igual que la pubertad, son periodos de transición aunque de signo opuesto, no pueden considerarse una enfermedad, sino una situación fisiológica. Para Elena Arnedo, “la pubertad y la menopausia son estados de transición [...] y se parecen mucho”¹⁷³.

De acuerdo con Anna Freixas, la menopausia conlleva cambios hormonales, pero también como se expuso en el apartado anterior la menarquia. Sin embargo, los cambios que se producen en la pubertad, se consideran naturales, sanos, saludables, necesarios, y son recibidos socialmente con alegría como integración al mundo adulto, en el caso de la menarquia “la niña se ha hecho mujer”; es decir, son cambios biológicos y psicológicos con connotaciones culturales positivas en términos de representación social. Sin embargo, durante la menopausia, son evaluados los cambios hormonales que se producen en este periodo como muestra de carencia que debe remediarse y se convierte en “la madre de todas las batallas, en la explicación de causa única que justifica cualquier queja, problema o malestar. No se tiene en cuenta que la disminución de estrógenos y el cambio en el equilibrio hormonal que se da en la menopausia nos ofrecen exactamente el nivel hormonal que la OMS denomina “suficiente” para las necesidades de nuestro cuerpo en los años posreproductivos, en cuanto a hormonas se refiere”¹⁷⁴

Mientras que la pubertad, y en especial la menarquia, representaría simbólicamente en el ideario colectivo la escalera hacia arriba, hacia la cima, entendiendo su parte más alta la capacidad de reproducción (fertilidad). Durante esta etapa el sistema reproductivo hormonal se está preparando para la actividad, siendo uno de sus escalones fuertes es la menarquia, como puerta de entrada a la fertilidad, el climaterio, sin embargo, representaría socialmente la escalera hacia abajo, escalones que van alejando la cima que sería la etapa fértil hacia la etapa no reproductiva. En este tramo de la escalera nos encontramos con el escalón de la menopausia, como puerta de entrada a la etapa no reproductiva. Durante la perimenopausia se está preparando para la inactividad, para la retirada.

Esta escalera hacia abajo tiene un marcado sentido negativo por las relaciones que sigue habiendo entre envejecimiento y menopausia en nuestra sociedad, ideal de belleza y juventud. En este sentido, “el diseño cultural de la menopausia como un hecho

¹⁷³ Elena Arnedo. *La picadura del tábano. La mujer frente a los cambios de la edad*. Madrid: Aguilar; 2003. p. 23.

¹⁷⁴ Anna Freixas. *Nuestra menopausia. Una versión no oficial. op.cit.*, pp. 38-39.

deprimente que debe ser ocultado refleja la idea social de que la identidad central de la mujer reside en la reproducción, ideas que sostienen una consideración del ser mujer ligada exclusivamente a la potencialidad de la maternidad y al cumplimiento de determinados roles sociales”¹⁷⁵.

En la segunda mitad del siglo XX se precisaron algunos términos que han resultado fundamentales para la comprensión de la menopausia como representación social tan negativa en nuestra sociedad; nos referimos, de acuerdo con Anna Freixas, al edadismo, prejuicio cultural que incluye todas las conductas, comportamientos, sentimientos y actitudes de rechazo o desagrado que mostramos hacia los hombres y mujeres que no son jóvenes. Es importante destacar que este prejuicio está más acentuado sobre las mujeres que sobre los hombres de la misma edad, ya que “mientras los hombres maduran, las mujeres envejecen”¹⁷⁶.

A continuación se exponen en la tabla 5 los distintos términos asociados a la menopausia:

Tabla 5. Definición de los términos asociados a la menopausia

| TÉRMINO | DEFINICIÓN |
|--|--|
| PREMENOPAUSIA | Totalidad del periodo fértil anterior al cese de las menstruaciones periódicas |
| MENOPAUSIA | Cese permanente de las menstruaciones (12 meses de amenorrea) que resulta de la pérdida de actividad folicular ovárica |
| PERIMENOPAUSIA O CLIMATERIO | Incluye el periodo inmediatamente anterior a la menopausia y el año posterior a la misma |
| POSTMENOPAUSIA | Periodo posterior a la menopausia incluido el año de amenorrea |

[Fuente: Isabel Montero e Isabel Ruiz. “Menopausia: estereotipos, leyenda, realidad”. En *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*. M^a Asunción González de Chávez (comp). Siglo XXI de España Editores, Madrid, 1999. p. 266]

¹⁷⁵ *Ibid.* p. 35.

¹⁷⁶ Clara Coria, Anna Freixas, Susana Covas. *op.cit.*, p. 74.

2.4.2.1. Menopausia: concepto y sintomatología

Helene Deutsch, en su obra *The Psychology of Women* publicada en 1945, fue la primera psicoanalista que teorizó sobre la menopausia. Esta autora la describe como una pérdida simbólica ligada a la interrupción de la función reproductiva. Para esta autora, la salud psicológica de las mujeres se basa en su necesidad y deseo de ser madre, de autorealizarse de esta manera. Según Deutsch, con la menopausia la mujer termina su existencia como portadora de vida, lo cual es como llegar a su fin natural, a su destino. Esta autora piensa que los problemas depresivos que pueden aparecer en la menopausia tienen su origen con el duelo por la pérdida de la juventud y la belleza. Además las mujeres que se muestran felices en la menopausia, según ella, son anormales, no femeninas y vergonzantes¹⁷⁷.

No obstante, se ha de tener en cuenta que el término menopausia se ha popularizado de tal forma que en la actualidad es aceptado por todo el mundo el referirnos como mujer menopáusica a aquella que ya no tiene función ovárica y que por tanto no menstrúa. Sin embargo, aunque los términos climaterio y menopausia se utilizan habitualmente como sinónimos, no lo son, pues el climaterio se refiere a todo un periodo de tiempo mientras que el segundo es un episodio aislado que tiene lugar en el transcurso de aquel. La menopausia sería por tanto la última menstruación, al igual que la menarquia fue la primera; siendo condición para que se defina como tal esta última menstruación estar seguida de doce meses de amenorrea.

Ana Voda define la menopausia como la cesación permanente de la menstruación como resultado de que la actividad folicular del ovario ha cumplido su ciclo y explica la perimenopausia como la transición que empieza entre el primer sofoco y termina cuando se cumple un año desde la última regla¹⁷⁸.

Definida así, la expresión mujeres “menopáusicas” no sería correcta, ya que es solo un acontecimiento puntual, “la última regla”, al igual que tampoco es correcto y de hecho no se utiliza chicas “menárquicas”, en su lugar se emplea “púberes” o “adolescentes”. En el caso de la menopausia sería más correcto el término

¹⁷⁷ Helene Deutsch. *The Psychology of Women*. Nueva York: Grune & Stratton; 1945. Citado En: Anna Freixas. *Nuestra menopausia. Una versión no oficial. op.cit.*, p. 35.

¹⁷⁸ Ann M. Voda. *Menopause, Me and you: The sound of Women Pausing*, Binghamton, NY, Haworth Press. Citado en Anna Freixas. *Nuestra menopausia. Una versión no oficial. op. cit.*, p. 30.

“climatéricas”, aunque ya se ha explicado anteriormente que es un proceso largo y que puede durar hasta veinte años en la vida de una mujer. De hecho, el cese natural de la menstruación se sitúa entre los 50-52 años, pero las expectativas de vida se estiman actualmente para las mujeres de los países occidentales en torno a los 80 años, lo que significa que más de un tercio de sus vidas transcurre bajo el periodo climatérico. Se considera menopausia precoz o fallo ovárico prematuro cuando se instaura antes de los 40 años de edad, y menopausia tardía si se retrasa hasta después de los 55 años. Así mismo hay que señalar que existe también la menopausia quirúrgica, debido a tratamientos médicos que ocasionan una baja de estrógenos. Esto puede suceder cuando los ovarios se extirpan o si se recibe quimioterapia.

Desde este punto de mira, lo correcto sería no ponerle ninguna etiqueta a las mujeres en relación a su capacidad fértil, ya que este hecho no debe condicionar su sentido del “ser mujer”. Al igual que la menarquia no puede suponer el hecho de que la niña “ya es mujer”, traducido en nuestra sociedad a “ya es adulta” sin tener en cuenta ni la edad ni la madurez, la llegada de la menopausia en la mujer no debe convertirse en decrepitud ni en falta de feminidad; es decir, en ser “menos mujer”.

Para Anna Freixas lo que conocemos como *menopausia* no es un hecho concreto y puntual, sino un periodo de tiempo de duración indefinida (entre tres y seis años) en los que una mujer se sitúa en una nueva fase fisiológica vital, una nueva etapa, pero no por eso peor, que incluye el cese de la ovulación y el descenso de los niveles hormonales.¹⁷⁹

El concepto de menopausia por tanto está fuertemente marcado por la diferencia sexual y modelado por nociones socialmente construidas sobre la feminidad.

“Somos femeninas si tenemos hormonas y órganos reproductivos –útero, ovarios, vagina– que podamos utilizarlas para tener criaturas. Ya no somos fértiles, ergo no somos femeninas. Pero la cosa no queda ahí. La capacidad para reproducirnos está también sospechosamente ligada, en nuestra cultura, con la sexualidad y el atractivo sexual. Ya no somos fértiles, ergo no somos deseables y tampoco deseamos”¹⁸⁰.

¹⁷⁹ Anna Freixas. *Nuestra menopausia. Una versión no oficial. op.cit.*, p. 30.

¹⁸⁰ *Ibid.* p. 36.

Según Isabel Montero e Isabel Ruiz¹⁸¹, de acuerdo con el punto de vista tanto popular como de muchos expertos, la menopausia representa un importante acontecimiento cultural, psicológico y fisiológico para la mujer. Significa el final de la reproducción, lo que en muchas sociedades occidentales equivale a envejecimiento.

Para varios autores, el gran auge en el estudio de la menopausia es debido a varios procesos demográficos¹⁸²:

- a. Aumento de la esperanza de vida (80 años)
- b. Incremento absoluto de la población mundial (8.000 millones)
- c. Incremento proporcionalmente mayor de la población mayor de 60 años (250% más).

Dado que la edad de la menopausia ha permanecido constante en los dos últimos siglos y la esperanza de vida ha alcanzado en la actualidad los 80 años, esto significa que la mujer permanece en estado climatérico –que no menopáusico si nos ceñimos a la definición estricta de menopausia– alrededor de 30 años, es decir, más de un tercio de su vida.

Aunque hoy en día no se acepta la existencia de un síndrome específico de la menopausia, tal y como lo describió Gardanne en 1812, en cambio se acepta la existencia de quejas y de síntomas de diferente naturaleza relacionadas con la misma.

Según Isabel Montoro e Isabel Ruiz, “la idea de que todas las mujeres padecen este síndrome ha llevado a pensar que la menopausia supone el inicio de un deterioro corporal y mental en la mujer”¹⁸³.

Es muy interesante y revelador el primer párrafo del capítulo primero del libro *Nuestra menopausia. Una versión no oficial* de Anna Freixas.

“El color del relato cultural sobre la menopausia ha sido sistemáticamente tirando a negro. De acuerdo con él, en la menopausia se concentran un cúmulo de problemas y amenazas para las mujeres que van desde el infarto a la depresión, de la frigidez a la osteoporosis, de la depresión al envejecer, entre otros posibles males, que lleva a que cualquier persona que los

¹⁸¹ Isabel Montero e Isabel Ruiz. *Menopausia: estereotipos, leyenda, realidad*. En: M^a Asunción González de Chávez (comp) *op.cit.*, p. 265.

¹⁸² Servando Seara. “Modificaciones patológicas producidas en el organismo femenino en la menopausia”. En: M^a Asunción González de Chávez (comp) *op. cit.*, p. 251.

¹⁸³ Isabel Montero e Isabel Ruiz. “Menopausia: estereotipos, leyenda, realidad”. En: M^a Asunción González de Chávez (comp). *op.cit.*, p. 265.

interiorice la tema, y no sin razón. Junto a este discurso oficial, negativo y atemorizante, no encontramos otro que incluya una relación de las ventajas que la transición menopáusica tiene para las mujeres. Hay un mutismo sospechoso acerca de sus posibles bondades, quizá temiendo que pueda producirse un entusiasmo colectivo y contagioso por parte de las mujeres “afortunadamente sin regla”. Una rebelión de mujeres mayores, sabias y libres”¹⁸⁴.

La investigación antropológica nos indica que no existe un “síndrome menopáusico universal”, mostrando una gran variedad y diferencias sociales, culturales y personales en la presentación que se hace de la menopausia y en su manera de vivirla a lo largo del tiempo y de la historia¹⁸⁵.

Actualmente, los dos grandes marcos teóricos para la comprensión y explicación de la menopausia son el modelo biomédico y los planteamientos de las pensadoras feministas.

2.4.2.2. El discurso biomédico

Se plantea la menopausia como enfermedad, carencia o déficit de hormonas. Robert Wilson¹⁸⁶, ginecólogo canadiense, en su libro *Feminine Forever*, de 1966, defiende la menopausia como una enfermedad “hormonodeficiente”, evitable y curable, cuyos signos y síntomas pueden ser tratados mediante la administración de estrógenos. Este autor vincula la menopausia con el envejecer y la pérdida de feminidad. Las mujeres en este periodo están como si estuviesen castradas y son no deseables.

Este marcado carácter negativo y su relación con la pérdida de feminidad se puede apreciar en definiciones de *climaterio* en libros con marcada importancia y relativamente recientes de tratados de ginecología de finales de la década de los noventa del siglo pasado como las siguientes:

“Es una etapa de transición de carácter involutivo, durante la cual desaparecen las menstruaciones, se pierde la capacidad reproductora y se

¹⁸⁴ Anna Freixas. *Nuestra menopausia. Una versión no oficial. op.cit.*, p. 23.

¹⁸⁵ *Ibíd.* p. 47.

¹⁸⁶ Robert Wilson. *Feminine Forever*. Londres: W.H.Allen; 1966.

producen signos de desfeminización y tienen lugar ciertos cambios psicológicos, todo ello como consecuencia directa de la disminución progresiva de la función ovárica. Se inicia alrededor de los 45 años de edad y finaliza hacia los 65, edad que marca el comienzo de la senectud”¹⁸⁷.

Asimismo, en muchos de los tratados de ginecología de los ochenta del siglo pasado, con respecto al climaterio y la menopausia podemos encontrar lo que no son sino verdaderas barbaridades como esta:

“Marañón ha emitido la hipótesis de que el grado final de la evolución de la biotopología humana es el varón, siendo la mujer solo un grado intermedio. Según esto, la pubertad del varón sería un tránsito fugaz desde la infancia a la virilidad, pasando por una intermediaria etapa feminoide, mientras que el climaterio femenino sería el paso de la femineidad a un estado viriloide. Esta tendencia a evolucionar el sexo se observa mucho más claramente en los animales inferiores. En los invertebrados se da con frecuencia el hecho de que algunas especies empiezan sus individuos como machos para terminar como hembras, y viceversa. Se llama protandría a la propiedad de ciertas especies de desarrollar primero el sexo masculino y de feminizarse ulteriormente los machos. Se llama protoginia al fenómeno contrario. Según esto la especie humana sería protogínica. Esta protoginia depende de que el sexo femenino es monogamético en la especie humana”¹⁸⁸.

Según la anterior definición, la mujer en la menopausia al perder feminidad pasaría a un estado viriloide, es decir de varón, siendo la mujer un grado intermedio, y dentro de estas las únicas consideradas mujeres y por tanto atractivas las fértiles.

Sin embargo, como se tuvo oportunidad de exponer anteriormente, la menopausia define exclusivamente el cese definitivo de la menstruación, proceso fisiológico que se produce como consecuencia del fin de la actividad folicular ovárica. El climaterio es un periodo de veinte-treinta años de duración que constituye una etapa

¹⁸⁷ J. Navarro Clemente, J.M. Navarro Pando. “Concepto. Epidemiología General.” En J. Navarro Clemente et al. *El climaterio*. Barcelona: Masson; 1999. p. 3.

¹⁸⁸ José Botella Llusía, José A. Clavero Núñez. *Tratado de Ginecología*. Tomo 1. Fisiología femenina. (13ª ed.). Madrid: Editorial Científico Médica; 1982. pp.185-186.

de transición entre la época fértil y la senectud, durante la cual la menopausia es un momento puntual¹⁸⁹.

El modelo biomédico se centra y se fundamenta en la pérdida de estrógeno y en las consecuencias, todas negativas, de este déficit hormonal. En las consecuencias en el aspecto físico y en la consideración de estos cambios que son biológicos y naturales como amenazantes para la salud de las mujeres, como si estos no fueran consustanciales con el desarrollo evolutivo natural del cuerpo humano. Así, la menopausia representa la dicotomía “salud/enfermedad”, y se evalúa como un mal funcionamiento, un déficit, generalizando que causa enfermedades crónicas en las mujeres. “A partir de ahí la conexión entre menopausia y diversas patologías, coronarias, óseas y/o mentales, tiende a verse como algo universal que afecta a todas las mujeres a partir de la mediana edad”¹⁹⁰.

Una vez que se define la menopausia en estos términos como enfermedad y déficit hormonal negativo y perjudicial, las mujeres son consideradas por tanto, necesitadas de tratamiento. Nace la terapia de reposición hormonal y empieza a venderse la imagen de menopausia unida a dolor y decrepitud. En palabras de Carme Valls-Llobet:

“La ciencia médica de los años 1990 hasta 2000 se vio sacudida por la constatación de una diferencia que no había sido estudiada hasta entonces, el brusco descubrimiento de una enfermedad denominada menopausia. Promovidos los reclamos publicitarios por la industria farmacéutica que deseaba colocar unos determinados productos, se asoció, en su estrategia de marketing, menopausia a dolor y decrepitud corporal, sin estudios epidemiológicos que basaran sus afirmaciones y sin estudios clínicos que investigaran las causas del dolor y su diagnóstico diferencial. Aunque en los estudios de salud, la menstruación se había estudiado de forma muy superficial, y no se había relacionado que pudiera influir de ninguna forma en la salud o en el humor o en el funcionamiento del organismo, su desaparición hizo aparecer por primera vez una palabra que es la de “víctimas”, víctimas del cuerpo, que dejaron a millones

¹⁸⁹ Escuela Andaluza de Salud Pública. *Terapia Hormonal Sustitutiva* [monografía en internet] Granada: Cadime; 2002 [acceso 16 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001191documento.pdf>

¹⁹⁰ Anna Freixas. *Nuestra menopausia. Una versión no oficial. op.cit.*, p. 52.

de mujeres en un estado de indefensión, sin razones para saber, sin argumentos para decidir, y con miedo a determinadas catástrofes futuras (no demostradas), si no aceptaban para siempre la terapia hormonal sustitutiva¹⁹¹.

La menopausia se asocia por tanto a déficit, déficit de estrógenos que hay que reponer. Por eso se implanta con tanta fuerza la terapia hormonal sustitutiva, con sus luces y con sus sombras.

Según Anna Freixas:

“Aunque inicialmente, en los años setenta del siglo XX, la terapia de reposición hormonal se recomendaba por un periodo breve de tiempo, fundamentalmente a las mujeres que tenían síntomas molestos en la menopausia, pronto se produjo un cambio en los intereses comerciales y se recetó sin límite de tiempo, con el argumento de prevenir “las enfermedades de la vejez”. Muchos millones de mujeres en los países adinerados de Oriente y Occidente han tomado estos tratamientos durante años y años, a pesar de que los diversos estudios feministas pronto mostraron alarmantes resultados sobre un tema silenciado sistemáticamente por la literatura médica y farmacéutica: la prevalencia del cáncer de mama en algunas de las mujeres que tenían predisposición genética a él”¹⁹².

No es casualidad inocente que desde el año 2000, el día 18 de octubre se celebre el día mundial de la menopausia, a partir de un acuerdo entre la Sociedad Internacional de la Menopausia (SIM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para el Real e Ilustre colegio de Farmacéuticos de Sevilla, “la conmemoración de este día (18 de Octubre de 2008) tiene por objeto ayudar a crear conciencia sobre la necesidad de evaluar y prevenir la salud en las mujeres, durante este periodo tan delicado de su vida. Además pretende transmitir otro mensaje a la sociedad, activar programas de educación para que las mujeres conozcan y sepan cómo afrontar esta situación y puedan prevenir sus consecuencias”¹⁹³.

¹⁹¹ Carme Valls-Llobet. *Mujeres, salud y poder. op.cit.*, p. 135.

¹⁹² Anna Freixas. *Nuestra menopausia. Una versión no oficial. op.cit.*, p. 53.

¹⁹³ Real e Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla. <http://www.farmaceticosdesevilla.es/opencms/export/sites/default/Proyecto/proyecto/>

Relacionado con esta celebración el 19 de octubre se celebra el Día Mundial del Cáncer de Mama, y el 20 de octubre el Día Mundial de la Osteoporosis. Ambas patologías son frecuentes y graves y tienen una estrecha relación con la menopausia, según las fuentes promotoras de este día.

Efectivamente es así, pero lo que no dicen es que la terapia hormonal sustitutiva (THS), se ha demostrado como factor de riesgo de cáncer de mama como ya preveían los estudios correlacionados con los niveles de estrógenos en mujeres posmenopáusicas. El riesgo de cáncer de mama diagnosticado aumenta en mujeres que usan THS y se incrementa con la duración de su uso. Este efecto se reduce después del cese del uso y casi desaparece después de cinco años. El estudio *Million Women Study*, supuso un antes y un después en la TSH, con algunos resultados importantísimos como que diez años de uso de THS produce cinco cánceres más por cada mil usuarias de estrógenos y progestágenos¹⁹⁴.

Desde el punto de vista biológico, la menopausia es el cese de la producción de estrógenos por los ovarios. La ausencia de estrógenos es la responsable de los cambios que acontecen tras la menopausia, los cuales aparecen de forma escalonada¹⁹⁵.

Según Servando Seara¹⁹⁶, inicialmente tenemos un grupo que aparece a corto plazo, más o menos inmediatamente tras la desaparición de la regla, que consiste en la sintomatología típica: sofocos, sudoraciones, dolores articulares, trastornos psíquicos... A medio plazo (dos-cuatro años aproximadamente), acontecen las repercusiones derivadas de la atrofia de algunos tejidos: la piel se seca y adelgaza, la mucosa de la vagina se seca induciendo trastornos en las relaciones sexuales... y finalmente aparecen las repercusiones a largo plazo, que son las de mayor trascendencia: pérdida de masa ósea con peligro de fracturas por osteoporosis y el mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que es la responsable de la muerte del 50% de los hombres y mujeres en los países industrializados.

Este autor también indica que no todas las mujeres presentan sintomatología. El 25% de las mujeres menopáusicas no refieren sintomatología, si bien un 40% sufre tal grado de molestia que dificulta su vida cotidiana.

[RICOFS/ Dias Mundiales/DIA MUNDIAL MENOPAUSIA.pdf](#) [accedo el 15 de octubre de 2011]

¹⁹⁴ Carme Valls-Llobet. *Mujeres, salud y poder. op.cit.*, pp. 214-215.

¹⁹⁵ Recordemos el significado de climaterio como escalón.

¹⁹⁶ Servando Seara. "Modificaciones patológicas producidas en el organismo femenino en la menopausia". *op.cit.*, p. 253.

El mismo autor indica que ante una visión tan negativa del periodo menopáusico uno tendería a etiquetarla como una enfermedad o proceso patológico. Pero como él mismo indica, nada más alejado de la realidad, la menopausia es un proceso evolutivo en la endocrinología de la función gonadal. “Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud conceptúa la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social completo; si nosotros asumimos este concepto, la menopausia, sin ser una enfermedad, si es capaz de alterar el bienestar físico, mental y social por lo que perturba la salud de la mujer”¹⁹⁷.

2.4.2.3. La menopausia desde la perspectiva feminista

Para Anna Freixas, la construcción que la medicina ha hecho de la menopausia ha encontrado una clara oposición en muchas mujeres –entre ellas un buen número de médicas y enfermeras– y en el feminismo, colectivos que rechazan la definición de menopausia como una enfermedad en la cual las hormonas se convierten en protagonistas negativas y requieren un tratamiento adecuado para toda la vida.

Estas corrientes de pensamiento feminista la definen y entienden como un hecho natural, una experiencia normativa en la vida de las mujeres, cuya vivencia tiene mucho que ver con la definición cultural del cuerpo y la belleza en la vejez.¹⁹⁸ Desde esas perspectivas la menopausia se considera como un periodo normativo –universal, único y bajo control genético–, en el ciclo vital de las mujeres.

La menopausia es una transición compleja donde están implicados factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Es un proceso, no un acontecimiento, modelado además por factores históricos, ambientales, por el contexto cultural y, para cada mujer, por su propia historia individual¹⁹⁹.

La conducta individual de las mujeres es producto de una interacción entre una herencia biológica única, el intercambio con el ambiente socio-cultural –que influye en determinar la expresión de los cambios percibidos– y las opciones que como persona elige de entre las alternativas que le ofrece su propia cultura. De ahí la necesidad de individualizar el tratamiento para cada mujer, ofreciendo información, asumiendo las

¹⁹⁷ *Ibid.* p. 257.

¹⁹⁸ Anna Freixas. *Nuestra menopausia. Una versión no oficial. op.cit.*, p. 54.

¹⁹⁹ *Ibidem.*

incertidumbres y respetando las preferencias de cada una²⁰⁰.

El debate que se plantea desde diferentes foros gira en torno a si la menopausia es realmente un estado de cambio, dominante en el paradigma biomédico que señala este momento como un hito dramático en la vida de las mujeres, o es más un estado de continuidad, como señala el movimiento feminista; sin embargo, “al enfatizar la continuidad, el planteamiento feminista no niega que haya cambio biológico y corporal durante la menopausia, sino que trata de demostrar la naturalidad de un proceso al que muchas mujeres no otorgan gran significado”²⁰¹.

2.4.2.4. La medicalización de la menopausia

El descenso de estrógenos, además de las irregularidades menstruales que desembocan en la amenorrea, se asocia en ocasiones a diversos síntomas (vasomotores, urogenitales, cutáneos, óseos), si bien existe una gran variación en cuanto a su prevalencia y gravedad. De hecho, en una proporción significativa de mujeres no aparecen síntomas evidentes, o bien no solicitan asistencia médica como consecuencia de los mismos²⁰².

El planteamiento de la terapia de la mujer menopáusica tiene como objetivo preservar ese estado de salud y otorgar una mejor calidad de vida. El Consenso Europeo sobre Menopausia (1990) presentó los siguientes objetivos terapéuticos:

- 1) Aliviar la sintomatología del síndrome climatérico (como por ejemplo los sofocos)
- 2) Prevenir las repercusiones a medio y largo plazo (fenómenos de atrofia, enfermedad cardiovascular y osteoporosis)

Desde el discurso biomédico el manejo de la mujer menopáusica es multidisciplinario, implicando a generalistas y especialistas tan variados como ginecólogos, internistas, reumatólogos, cardiólogos, psiquiatras. Asimismo, la menopausia se ha convertido en una visión integral de la mujer y una filosofía de la prevención de la patología a largo plazo y de mejora de la calidad de una vida cada vez más longeva.

Como base a estas consideraciones está la tendencia cada vez más acusada de

²⁰⁰ *Ibidem.*

²⁰¹ *Ibid.* p. 56.

²⁰² Anna Freixas. *Nuestra menopausia. Una versión no oficial. op.cit.*, p. 12.

definir la menopausia como un trastorno deficitario y, por tanto, sugerir la necesidad de una terapia hormonal sustitutiva como tratamiento preventivo. Esta tendencia a medicalizar la menopausia, es decir, a definir la experiencia como un problema médico y responsabilizar al profesional sanitario de la tarea de tratarlo, está cobrando cada vez más fuerza en la literatura médica²⁰³.

Existe una fuerte presión social para que la menopausia se contemple como condición médica, promoviéndose desde los servicios médicos el derecho que toda mujer tiene de buscar ayuda médica y de recibir tratamiento. En este sentido, nos encontramos discursos que plantean la menopausia como un problema de salud pública que habría que prevenir, lo que se pone de manifiesto por ejemplo en la siguiente afirmación de la obra *El climaterio* de 1999: “En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), existen unos 7 millones de mujeres en esta situación, con lo que el climaterio se ha convertido en la actualidad en un problema social y sanitario de primera magnitud”²⁰⁴.

Este enfoque da por sentado la presencia de síntomas menopáusicos en todas las mujeres, ya que todas sufren un déficit estrogénico, aunque reconoce que las experiencias de algunas mujeres son más desagradables que en otras. Si este enfoque se utiliza como único, reduce el problema a uno solo, reforzando así el rol tradicional de la mujer como ser biológicamente determinado y centra el problema y la solución a nivel individual, siendo la medicina la responsable de incrementar la calidad de vida de las mujeres a partir del cese de las menstruaciones²⁰⁵.

La medicalización de la menopausia desde un punto de vista conceptual, al igual que otras experiencias de medicalización en mujeres, tiene efectos mixtos. De un lado las quejas por acaloramientos, sudoración, sequedad vaginal, insomnio, irritabilidad, etc. se ven como legítimas, se pueden explicar científicamente y se pueden aliviar con tratamiento, en vez de atribuirse a efectos de subjetividad de la mujer. De otro lado se refuerza el rol estereotipado tradicional de envejecimiento de la mujer, se categorizan los síntomas como deficiencias individuales, se extiende el control de la medicina sobre las experiencias de las mujeres, reforzando normas culturales sobre la conducta más apropiada en mujeres de esa edad, potencializando así la autoridad cultural de la

²⁰³ Isabel Montero e Isabel Ruiz. *op.cit.*, p. 278.

²⁰⁴ J. Navarro Clemente, J.M. Navarro Pando. *op.cit.*, p. 3.

²⁰⁵ Isabel Montero, Isabel Ruiz. *op. cit.*, p. 278.

medicina²⁰⁶.

El tratamiento con THS es uno de los programas de medicalización. En 2002 la Escuela Andaluza de Salud Pública realizó un importante estudio sobre la Terapia Hormonal Sustitutiva²⁰⁷, cuyas conclusiones ofrecían datos y orientaciones sobre diferentes dimensiones de la misma. A continuación se exponen las principales:

1. La THS tiene como objetivo paliar la disminución de estrógenos que caracteriza a la menopausia, aliviando en parte la sintomatología climatérica.
2. En mujeres con útero intacto han de adicionarse progestágenos, para proteger al endometrio.
3. La THS está recomendada en mujeres con síntomas vasomotores (sofocos, sudoración nocturna) y atrofia vaginal.
4. Existen escasas evidencias de que la THS mejore síntomas psicoafectivos (ansiedad, confusión, depresión.), musculoesqueléticos, la incontinencia urinaria o el envejecimiento cutáneo.
5. La THS ha mostrado ejercer efectos beneficiosos sobre la DMO (densidad de masa ósea), por lo que parece prevenir la osteoporosis en postmenopáusicas, si bien en caso de osteoporosis graves existen otros medicamentos de eficacia más contrastada.
6. La interrupción del ensayo WHI ha puesto de manifiesto que no tiene ningún fundamento el empleo de la THS para la prevención de la enfermedad cardiovascular, especialmente los regímenes combinados.
7. La THS se considera contraindicada en mujeres con enfermedad hepática aguda, trombolia normal, hemorragia vaginal de causa desconocida, antecedentes de tromboembolismo venoso, enfermedad cardíaca coronaria o ictus.
8. El riesgo de cáncer de mama asociado al uso de estrógenos y/o progestágenos no parece aumentar con el uso de THS a corto plazo (< 5 años), detectándose un incremento del riesgo con los tratamientos prolongados.
9. En mujeres menopáusicas con antecedentes de diversos tipos de cáncer (mama, endometrio, ovario) podría considerarse la administración de THS, a corto

²⁰⁶ *Ibid.* p. 279. Una de las autoras, Isabel Montero, es médica, especialista en psiquiatría y profesora Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia.

²⁰⁷ Escuela Andaluza de Salud Pública. Terapia hormonal sustitutiva [monografía en internet]. Granada: Cadime; 2002 [acceso 16 de octubre 2011]. Disponible en: <http://www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001191documento.pdf>

plazo, solo ante la aparición de síntomas menopáusicos graves que no responden a ningún otro tratamiento y con una evaluación riesgo-beneficio individualizada favorable para la paciente.

Según el Dr. Matías Jurado Chacón²⁰⁸, del departamento de ginecología y obstetricia de la clínica Universidad de Navarra, hoy en día las indicaciones de la THS siguen siendo las mismas: los sofocos, la sudoración nocturna, la sequedad genital u otros síntomas propios de la menopausia, en tal grado de incomodidad o intensidad que puedan estar deteriorando la calidad de vida. También en aquellas con pérdida de masa ósea que no toleran otros tratamientos específicos para ello. Aunque tiene un efecto positivo sobre el humor y la conducta, no debe ser utilizado como antidepresivo. Tampoco para mejorar la memoria u otras habilidades cognitivas. Puede ser incluso perjudicial cuando se inicia por encima de los 65 años.

También nos indica que todavía no existen datos significativos en cuanto a la duración, dosis o diferentes preparados hormonales más idóneos o con menos riesgos. Actualmente, para mujeres con útero se recomienda emplear la dosis más baja de estrógenos y progesterona y el menor tiempo posible de administración que consiga controlar la sintomatología y cuya relación riesgo-beneficio sea proporcionada en cada mujer. En las que no tienen útero también se emplea la misma recomendación, en este caso solo para los estrógenos. Parece ser que las dosis más bajas se toleran mejor y pueden tener un perfil riesgo-beneficio mejor. El tiempo debe ser el menor posible (no superar los 5 años) y siempre bajo la supervisión médica que irá evaluando cada año la necesidad o conveniencia de continuarlo en base a la posible aparición de nuevos factores de riesgo en la mujer de que se trate. Las vías de administración esencialmente son la oral y la transdérmica (parches). Esta última parece acompañarse de un menor riesgo de trombosis, ya que alcanza la circulación sanguínea sin pasar primero por el hígado, lo cual supondría una alteración de algunos factores de coagulación.

²⁰⁸ Matías Jurado Chacon. *Terapia Hormonal sustitutiva*. Clínica Universidad de Navarra [internet] 2011. [consultado 10 enero 2012] Disponible en: <http://www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/departamento/ginecologia-obstetricia/equipo-medico/dr-matias-jurado-chacon>

3. LAS CREENCIAS POPULARES Y LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA “NATURALEZA” DE LA MUJER

3.1. CREENCIAS POPULARES Y SUPERSTICIONES

De acuerdo con Gustavo I. de Roux, “considerar la salud como estado de bienestar y no como ausencia de enfermedad significa también entenderla como un activo social y como bien deseable”. Por eso, al referirnos a la salud de la población no podemos aceptar que esté enfocado solo sobre la cura de enfermedades y atención de enfermos, sino que además debe contribuir al desarrollo de potencialidades de personas y comunidades²⁰⁹.

Según el psicólogo social Javier Álvarez, en la actualidad existe una línea de conocimiento y estudio que intenta entender, analizar y explicar cómo las personas

²⁰⁹ Gustavo I. de Roux. “La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud”. *Educ Med Salud* [Internet] 1994 [15 de febrero 2012] 28 (2): 223-233. Disponible en: https://docs.google.com/a/ustea.net/viewer?url=http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/prevencion_y_promocion.pdf

comunes entienden y viven los aspectos relacionados con la salud y la enfermedad desde sus propios puntos de vista²¹⁰. En este enfoque deja de priorizarse el aspecto orgánico de la salud y empiezan a tenerse en cuenta tanto los factores cognoscitivos como el simbolismo social acerca de estos temas; es decir, las ideas de la gente de “la calle”²¹¹ acerca de su propia salud, etapas vitales o enfermedades.

Hoy en día todavía existen pocas investigaciones sobre el tema de la salud y la enfermedad desde este enfoque psicosocial y cultural, escuchando la voz de sus propios protagonistas, por lo que quedan por indagar muchos fenómenos inherentes a tal perspectiva. De hecho, este ha sido el enfoque y la razón que ha motivado la realización de la investigación; poder analizar y estudiar de esta forma las representaciones sociales que las propias mujeres tienen sobre sus ciclos vitales y que pueden estar afectando a su salud y a sus vidas.

Consideramos que las creencias acerca de la eficacia de algunas prácticas de salud para prevenir la enfermedad, las representaciones, el lenguaje utilizado para nombrar fases o estados, etc., pueden ser importantes para promover estrategias de salud. Por eso nos hemos planteado conocer desde “la propia voz” de las mujeres cómo viven sus ciclos vitales, qué creencias tienen, qué prácticas y cómo les afectan tanto a ellas como a sus familias.

Como argumenta Javier Álvarez²¹², “la historia nos muestra cómo se ha intentado explicar y comprender este fenómeno de la salud y de la enfermedad desde diferentes enfoques, que van por ejemplo desde la mitología, el chamanismo o el curanderismo, hasta más recientemente las ciencias modernas”, privilegiando estas un enfoque principalmente organicista.

Se tiene que partir de la idea de que los sistemas tradicionales de creencias suelen ser muy complicados, pues incluyen no solamente representaciones imaginarias, sino además conocimientos que se van acumulando, supersticiones y mitos compartidos. De acuerdo con Gustavo I. de Roux, los mitos, las creencias populares, que el autor define como “los universos imaginarios”, constituyen la base de estructuras de pensamiento, de marcos de referencia desde los cuales se interpretan los fenómenos de la vida y la muerte, de la salud y la enfermedad. En esos universos, los mitos ocupan un lugar

²¹⁰ Javier Álvarez. *Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial*. Sevilla: Trillas; 2006. p. 5.

²¹¹ *Ibidem*.

²¹² *Ibidem*.

importantísimo como instrumento explicativo de hechos y fenómenos, en ausencia de explicaciones con base científica²¹³.

Una creencia es una proposición simple, consciente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace. El contenido de una creencia puede revelar un objeto o situación como verdadero o falso, valorarlo como bueno o malo, o recomendar un determinado curso de acción como deseable o indeseable. Sea o no el contenido de una creencia descriptivo, valorativo o recomendativo (o las tres cosas a la vez), toda creencia es una predisposición a la acción y una actitud es un conjunto de predisposiciones para la acción relacionadas entre sí u organizadas en torno a un objeto de situación. Se puede decir que toda creencia que forma parte de una actitud consta de tres componentes:

1. Componente cognitivo, que representa el conocimiento que dentro de unos ciertos límites de certeza tiene una persona acerca de lo que es verdadero o falso, bueno o malo, deseable o indeseable.
2. Un componente afectivo, porque supuestas las condiciones adecuadas, la creencia es capaz de despertar afectos de intensidad variable que se centran en el objeto de la creencia.
3. Un componente de conducta, ya que la creencia, al ser una predisposición de respuesta de umbral variable, debe conducir a algún tipo de acción cuando es activada convenientemente.

De acuerdo con M^a Luisa Garrido Viana, en su tesis doctoral sobre *La medicina popular en la provincia de Huelva*²¹⁴, podemos afirmar que todo comportamiento humano está regido por unas normas sociales. Desde que nacemos, la comunicación y el lenguaje que establecemos con los demás están mantenidos normativamente. Las que nos van a interesar son las normas laicas o profanas, y las normas sagradas. Las normas laicas son las que se caracterizan por su racionalidad. Las sagradas son superracionales y constituyen la base de las religiones.

Las creencias²¹⁵, según esta autora, también se pueden definir como aquel hecho que se tiene por cierto y que el entendimiento no alcanza a comprender, o que no está demostrado. Las creencias se pueden desglosar en:

²¹³ Gustavo I. de Roux. *op.cit.*

²¹⁴ M^a Luisa Garrido Viana. *La medicina popular en la provincia de Huelva* [Tesis doctoral] Sevilla: [s.n.]; 2002.

²¹⁵ *Ibidem.*

- Creencias racionales o científicas: donde incluimos la filosofía, las ciencias basadas en la razón, la experimentación y la lógica.
- Creencias simbólicas: las constituyen las intuiciones y deseos a los que el ser humano llega mediante conocimientos empíricos no respaldados por las ciencias racionales. Son mecanismos de acción simbólica en los que actúa el subconsciente y las motivaciones religiosas o mágicas. Dentro de las creencias simbólicas podemos incluir a las supersticiones y a la medicina popular de frontera entre las creencias racionales y las simbólicas.

Según esta autora, las supersticiones animan al ser humano a aspirar a mejores condiciones de vida espiritual y la medicina popular lo ayuda a regular su supervivencia física y material. Cada cultura posee un cuerpo de creencias que se relaciona con una serie de observaciones y prácticas rituales y que se manifiestan en refranes, creencias populares, remedios populares, supersticiones, etc. Las creencias populares hacen referencia a tradiciones terapéuticas y preventivas. Por ejemplo, cuando se tiene la menstruación no es conveniente lavar el cabello porque la sangre se va a la cabeza.

En cuanto a las supersticiones, la misma M^a Luisa Garrido Viana²¹⁶ expone que su verdadero origen debe buscarse en el esfuerzo del pueblo primitivo para explicar la naturaleza y la propia existencia. La superstición suele relacionarse con lo sobrenatural, y ejerce mucha influencia sobre el espíritu de las personas.

Señala tres elementos comunes a todas las supersticiones:

1. Ignorancia.
2. Miedo.
3. Esfuerzo por propiciar la intervención de las fuerzas inteligentes, mediante creencias, ritos, ceremonias y penitencias apropiadas.

De hecho es frecuente observar cómo el desconocimiento de las causas que producen determinados acontecimientos despierta el temor y la necesidad de encontrar ayuda, de recibir protección de fuerzas que consideramos superiores.

3.2. NOCIONES Y MITOS

Las nociones no son lo mismo que las creencias, son dos conceptos distintos. Las *creencias* se refieren a aquellas ideas más incuestionables de cómo es el mundo, mientras

²¹⁶ M^a Luisa Garrido Viana. *op. cit.*

que las nociones serían las imágenes más generales que puedan existir sobre una cuestión en particular.

Ana Candreva y Celia Paladino afirman que “tanto creencias como nociones forman parte de los procesos de categorización, a través de los cuales el grupo organiza y sistematiza un esquema coherente del conjunto de datos, informaciones, percepciones, etc., que recibe. De este modo, hay un referente comunicativo común al grupo, que le permite orientar su acción a través de dos principios fundamentales de dichos procesos de categorización: su economicidad y su funcionalidad”²¹⁷.

Los mitos, por su lado, son una parte real de todas las sociedades. Según Malinowski²¹⁸, citado por Gustave I. de Roux,

“los mitos no son historias que se cuentan, ficciones fantásticas o simples alegorías. Son resurrecciones narrativas sobre realidades vivientes, que expresan la esencia de los símbolos. Manifiestan, exaltan, y codifican las creencias y salvaguardan las claves morales con reglas prácticas para guiar el comportamiento humano; y esto se puede aplicar a las sociedades de hoy en día. Los mitos, ingredientes vitales de la civilización humana, son representaciones dinámicas que le imprimen un carácter particular a las creencias y sabidurías populares. Constituyen una extensión de los conocimientos objetivos de que se dispone y ofrecen confianza bajo situaciones de incertidumbre”²¹⁹.

Es importante partir de la idea de que las creencias mítico-mágicas y su complemento científico se articulan u organizan para configurar un sistema de pensamiento lógico, cuyos componentes se apoyan mutuamente para proporcionar un esquema racional interpretativo de causación de orden natural y social. Por eso, el pensamiento predominante mítico no es ilógico o irracional. Es un pensamiento cuyo desenvolvimiento permite hacer interpretaciones fundamentadas, a partir de las

²¹⁷ Ana Candreva, Celia Paladino. “Cuidado de la Salud: El anclaje social de su construcción. Estudio cualitativo”. *Univ. Psychol. Bogotá* (Colombia) [Internet] 2005 [consultado el 15 de septiembre 2011] 4 (1):55-62. Disponible en: http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V4N106cuidado_de_la_salud.pdf

²¹⁸ Malinowski B. *Myth in Primitive Psychology*. Westport: Connecticut Negro University Press; 1971.

²¹⁹ Gustavo I. de Roux. *op.cit.*

relaciones entre sus componentes, aunque las conclusiones que se deriven o que salgan no se correspondan siempre con la verdad científica.²²⁰

Cuando el pensamiento lógico está determinado por elementos míticos, los fenómenos de salud y enfermedad se codifican desde ese marco de referencia, dando lugar a comportamientos particulares y específicos que se corresponden con su trasfondo explicativo.

Siguiendo a este autor, son muy gráficas sus palabras a este respecto:

“Si en una cultura determinada se entiende la enfermedad como producto de maleficios provocados por enemigos, el remedio natural será el amuleto que aísla y protege contra interferencias externas; pero si se le entiende como resultado de temperaturas, se tratará la dolencia con plantas frías o calientes según el caso”²²¹.

Por tanto, el mito se da como respuesta, como explicación final de un evento y se ofrece con una fuerza autoritaria incuestionable y muy poderosa. Precisamente en esta capacidad afirmativa que tienen los mitos radica la dificultad para transformar prácticas y comportamientos de salud que se apoyen en ellos. Los mitos configuran creencias que se arraigan firmemente. Para transformar el pensamiento mítico es necesario ubicar cualquier idea nueva dentro del conjunto de representaciones de que ya se dispone y que constituye el marco de referencia lógico, es decir, conocer las creencias que lo articulan. Este procedimiento exige utilizar mecanismos e instrumentos que permitan desvelar la estructura de causalidad del pensamiento pragmático de la gente y sus interpretaciones fenomenológicas sobre hechos relacionados con la enfermedad y con la salud²²².

Compartimos la posición de Gustavo I. de Roux para cambiar comportamientos arraigados en mitos:

“Cambiar hábitos y comportamientos arraigados en mitos es difícil y su posibilidad dependerá en última instancia de la capacidad de los agentes de salud. La habilidad técnica y científica que poseerán será insuficiente. Tendrán

²²⁰ *Ibidem.*

²²¹ *Ibidem.*

²²² *Ibidem.*

además de estar capacitados para aproximarse a la población, entrar en sintonía con sus interpretaciones y descubrir con ellas las claves para mejorar la salud. La gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos y, por eso, es importante desvelarlas, entender su racionalidad, sentido y significado, para poder erosionarlas y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables”.

De acuerdo con Ana Candreva y Celia Paladino, la razón por la cual las personas no cambian fácilmente sus creencias por nuevos conocimientos que mejorarían el cuidado de su salud, se debe a que las estructuras que guían los comportamientos suelen ser muy complejas y su estudio requiere de una metodología específica. “Los comportamientos en el cuidado de la salud están enraizados por los conocimientos acumulados y por las representaciones sociales, que tienen un carácter dinámico y que se van construyendo en las diferentes etapas de la vida. A su vez, el mundo simbólico comprende estructuras de pensamiento y marcos de referencia desde los cuales se interpretan los fenómenos que afectan a los sujetos configurando un sistema de pensamiento lógico que es aplicado en las prácticas cotidianas”²²³.

3.2.1. La antropología y el saber de la diferencia humana

Llegados a este punto, para conocer el mundo simbólico cultural que comprende la estructuras de pensamiento, actitudes y comportamientos es necesario señalar las importantísimas aportaciones de la antropología, como ciencia humana que nace en el siglo XIX junto con la psicología y la sociología entre otras, pero que aporta un nuevo paradigma que las diferencia de las demás: el saber de la diferencia humana.

Siguiendo a Amelia Valcárcel, la antropología “como un saber de la diferencia se inicia pronto en el siglo XIX, debido a la fascinación por las divergencias de creencias, modos de habitar el territorio, lenguajes, costumbres, relatos, vestimentas, habilidades de sostenimiento, alimentación, mitos, ritos, folclore, etc. de los distintos pueblos y sociedades”²²⁴.

²²³ Ana Candreva, Celia Paladino. *op. cit.*

²²⁴ Amelia Valcárcel. *Feminismo en el mundo global. op.cit.*, p. 212.

En este sentido podemos destacar la obra *La rama dorada* (1922) de James Frazer (1854–1941), donde intenta definir los elementos comunes de las creencias religiosas, que van desde los antiguos sistemas de creencias a religiones relativamente modernas como el cristianismo²²⁵. También la obra de la antropóloga Margaret Mead, en sus estudios sobre en qué consiste ser adolescente en Samoa²²⁶. La antropología intenta hacer una diferencia entre el sexo biológico y el sexo cultural, esto es, aquello que las diferentes culturas atribuyen a machos y hembras de la especie. El sexo es, en efecto, macho o hembra; con este material bruto las culturas construyen lo femenino y lo masculino. Y tales construcciones son diferentes y hasta divergentes. Según Amelia Valcárcel, “en estas construcciones están los ancestros conceptuales del concepto de género del que el feminismo usa y también abusa”. Y da una fecha para este uso, la obra de Margaret Mead (1901-1978) *Macho y hembra* (1949). Sin embargo, continúa, “para que se produjera este uso ya perfecto que desdobra lo biológico de lo cultural, fueron necesarios treinta años de antropología”²²⁷.

Otra variable muy importante es la de la perspectiva de género, como se explicó en el capítulo I. Esta socialización estereotipada del cuidado de acuerdo al género marca a los hombres y a las mujeres en su futura actitud respecto a cómo entender su cuerpo y su salud, en tanto se forman y se transmiten patrones y hábitos que generan determinados comportamientos.

En este punto es necesario subrayar, la conceptualización dicotomizante de las relaciones individuo y sociedad, clásico dilema en psicología social. Dependiendo de los atributos de valor y de fuerza dados a uno y a otra se configuran diferentes enfoques: habrá algunas visiones que conceden un rol más determinante al individuo y otras donde lo más determinante es la sociedad²²⁸. Para Ainara Arnoso, las representaciones sociales ofrecen una respuesta integradora al problema de la relación individuo y sociedad oponiéndose a cualquier forma de reduccionismo (psicologistas o sociologistas), ya que el individuo es un objeto social inseparable de una sociedad. Esto permite reintroducir la dimensión social que había sido difuminada en el paradigma

²²⁵ James George Frazer. *La rama dorada: magia y religión* (edición, introducción y notas Robert Fraser). México: Fondo de Cultura Económica (3ª ed), 2011.

²²⁶ Margaret Mead. *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Barcelona: Laia; 1972.

²²⁷ Amelia Valcárcel, *op. cit.*, p. 213.

²²⁸ Ainara Arnoso Martínez. *Cárcel y trayectorias psicosociales. Actores y representaciones sociales*. Donostia; Giza Eskubiadeak Derechos Humanos: 2005. p.79.

conductivista dominante en la psicología social norteamericana estableciendo un nexo de unión entre las orientaciones psicológicas y sociológicas en la psicología social²²⁹.

Las representaciones sociales²³⁰ ocupan un lugar muy importante como “instrumento explicativo de hechos y fenómenos ante la ausencia de explicaciones científicas y, desde un pensamiento lógico configurado se interpretan los fenómenos naturales y sociales, aunque no correspondan a verdades científicas”²³¹ como serían las concepciones diferentes sobre los ciclos vitales femeninos.

La teoría de las representaciones sociales intenta explicar cómo se enraízan los discursos cotidianos, “la tradición oral” y cómo se comparten en los grupos y en las comunidades esas explicaciones que sirven para orientar la acción de los individuos, los grupos y las comunidades, entre las cuales podemos encontrar las representaciones de la salud y la enfermedad²³² acerca de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

3.3. TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Serge Moscovici, psicólogo social europeo, Doctor Honoris Causa por la Universidad de Sevilla en 1993, “inicia con la Teoría de las Representaciones Sociales (RS) su trabajo sobre el psicoanálisis (1961) y una línea de investigación que pretende marcar una ruptura con el paradigma positivista dominante en la Psicología Social”²³³.

Moscovici define las representaciones sociales como un sistema cognitivo con un lenguaje y una lógica propios, que no son simples imágenes, actitudes u opiniones, sino teorías o ramas del conocimiento destinadas a interpretar y construir la realidad. Representa un sistema de valores, ideas y prácticas que tienen una doble función: orientarse en el mundo material y permitir la comunicación entre los miembros de la comunidad que también tengan esa representación.²³⁴ Moscovici distingue entre dos

²²⁹ *Ibidem*.

²³⁰ Serge Moscovici. *Le Psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF; 1961.

²³¹ Rocío Elizabeth Chávez Álvarez et al. “Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú”. *Contex Enferm*, Florianópolis, 2007 Out.Dez; 16(4):680-7.

²³² *Ibidem*.

²³³ *Ibidem*.

²³⁴ María Campo-Redondo, Catalina Labarca Reverol. “La teoría fundamentada en el estudio empírico de las representaciones sociales: un caso sobre el rol orientador del docente”. *Opción* [Internet] 2009 [consultado el 10 noviembre de 2011] 25 (60): 41-54. Disponible en: <https://docs.google.com/a/ustea.net/viewer?url=http://redalyc.uaemex.mx/pdf/310/31012531004.pdf>

formas de conocimiento: el científico y el popular, siendo este la base de la vida cotidiana²³⁵.

Respecto de los antecedentes históricos de la teoría de las representaciones sociales se puede afirmar que existe un consenso entre los diversos autores en afirmar, como antecedente, las representaciones colectivas de Durkheim²³⁶, quien utilizó el término para tratar de explicar las características del pensamiento social diferenciándolo del pensamiento individual. Cuando Moscovici²³⁷ en 1979 cambia la adjetivación de representaciones colectivas por representaciones sociales se produce un giro importante en la concepción de la dinámica social.

Para Ainara Arnosó, “lo colectivo durkheniano hace referencia a la homogeneidad, a una sociedad conformada por grupos cerrados y a la coerción del grupo sobre el individuo. Son equiparables a formas religiosas y mitos y engloban el pensamiento social dominante, tradicional y conservador que enfatiza el aspecto estático de las representaciones conservadas en la memoria colectiva. Son transmitidas de generación en generación, existen fuera e independientemente del individuo y son concebidas como formas de conciencia que la sociedad impone a los individuos”²³⁸.

3.3.1. Naturaleza, contenido y procesos de las representaciones sociales

Las representaciones sociales son de carácter social en su origen, al ser construidas en los procesos de interacción entre diferentes personas. Son significativas para unos u otros grupos, por eso circulan en las conversaciones diarias entre las personas dando lugar a los diferentes comportamientos. Compartidas por grupos determinados, acotados no homogéneamente por toda la sociedad, las representaciones sociales de un objeto pueden variar de un grupo a otro. Según Ainara Arnosó, esta variación tiene su origen en la complejidad social y en la diversidad de categorías y contextos socioculturales y, por esta razón, las representaciones sociales son construcciones simbólicas de la realidad. Son convencionales y al mismo tiempo dinámicas.

²³⁵ Serge Moscovici. *Psicología social II: pensamiento y vida social*. Barcelona: Paidós; 1993.

²³⁶ Emile Durkheim. “Représentations individuelles et représentations collectives”. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 4, 273-302, 1898.

²³⁷ Serge Moscovici. *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Paidós; 1979.

²³⁸ Ainara Arnosó Martínez. *op. cit.*, p. 80.

Por tanto, podemos decir que son sociales por su extensión, ya que son compartidas por un grupo de personas generalmente miembros de un mismo grupo social; por su determinación, en tanto dependen de la inserción social de los individuos o grupos, y por sus modos de producción basados en la comunicación; por sus funciones, guían la acción, orientan la relación con el mundo y con los otros, sirven para interpretar la realidad, para comunicarse, responden a valores, necesidades e intereses de los grupos que comparten una misma representación social.²³⁹

Según Jodelet²⁴⁰, las representaciones sociales tienen tres componentes básicos:

- *La información*: se refiere al conjunto de conocimientos que el sujeto posee, a su cantidad y calidad, que puede ser estereotipada o original. Las fuentes y contextos sociales donde se obtienen y donde se construyen dichos conocimientos tienen mucha importancia. Implica también las creencias, opiniones, imágenes acerca del objeto, tanto en términos cualitativos como cuantitativos. Para autores como Mora²⁴¹, la información “se refiere a los conocimientos específicos que posee un grupo de personas acerca de un fenómeno, acontecimiento o hecho social”.
- *El campo de la representación*: es la estructura y organización del contenido de la representación social en la mente de las personas. Sirve para contextualizar el objeto y darle sentido.
- *La actitud*: antecede a las otras dos dimensiones. Nos informamos y nos representamos los objetos después de haber tomado una posición y en función de la posición tomada. Expresa la orientación general, positiva o negativa frente al objeto de representación y las reacciones emocionales en torno al mismo, orientando los comportamientos.

En consecuencia, conocer una representación social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud)²⁴². La actitud es el aspecto más afectivo de la

²³⁹ *Ibíd.* p. 82.

²⁴⁰ Denise Jodelet. “La representación social: fenómenos, conceptos y teorías”. En: Moscovici, S. *Psicología social*. Tomo II. Barcelona: Paidós; 1986. Citado en: Ana Candreva, Celia Paladino. “Cuidado de la Salud: El anclaje social de su construcción. Estudio cualitativo”. *op.cit.*

²⁴¹ Martín Mora. “La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici”. *Atenea digital*. Disponible en: <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf> citado por ²⁴¹ María Campo-Redondo, Catalina Labarca Reverol. “La teoría fundamentada en el estudio empírico de las representaciones sociales: un caso sobre el rol orientador del docente”. *op. cit.*

²⁴² Ana Candreva, Celia Paladino. *op. cit.*

representación. Es el elemento más primitivo y resistente y se halla siempre presente aunque otros elementos no estén. Es decir, la reacción emocional que puede ser tenida por una persona o un grupo sin necesidad de tener mayor información sobre el hecho a estudiar²⁴³.

Siguiendo a María Campo-Redondo²⁴⁴, “para que una representación social se produzca es necesario considerar la dimensión de lo cotidiano, ya que es allí donde se manifiestan los eventos que posteriormente van a convertirse en las representaciones definitivas de algo o alguien”.

Las etapas centrales en la formación de las representaciones sociales son dos: la objetivación y el anclaje. Gracias a estos dos procesos se produce el paso de algo desconocido en algo familiar para poder controlarlo.

La objetivación es el proceso mediante el cual los conceptos abstractos, relaciones o ideas se transforman en imágenes concretas. Se materializan en un conjunto de significados y se establece la relación entre lo simbólico y lo real, lo invisible se convierte en perceptible²⁴⁵. “De ello se deduce que es un proceso objetivo surgido de la interacción del individuo con su medio material y social. Que no se trata de un conocimiento científico, sino social, es decir, que en el fondo de este no subyace solo una lógica formal, como la interpretan los psicólogos cognoscitivistas sino una lógica de sentido común. De ahí que la representación vaya cargada de contradicciones, concretamente sociales”²⁴⁶.

El proceso de objetivación consta de tres partes: selección y descontextualización de los elementos, formación del núcleo figurativo y naturalización.

- a) Selección y descontextualización de los elementos. “De toda la información social que gira alrededor de un objeto y mediante su propia experiencia con el mismo, las personas seleccionan, aglutinan contextualizan y descontextualizan la información”²⁴⁷.

²⁴³ *Ibidem*.

²⁴⁴ María Campo-Redondo, Catalina Labarca Reverol. *op.cit.*

²⁴⁵ Farr, R. “Las representaciones sociales”. En: S. Moscovici (Ed.), *Psicología social, pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (Vol. 2, pp.495-505) Barcelona: Paidós, 1988.

²⁴⁶ Javier Álvarez. *op. cit.* p. 88.

²⁴⁷ *Ibid.* p. 89.

- b) Formación del núcleo figurativo. “Esta selección les permite establecer características fijas del objeto que permitirán una reproducción en imagen de una estructura conceptual, esto se denomina núcleo figurativo”²⁴⁸.
- c) La naturalización. “Estas dos fases previas permiten naturalizar la representación dotándola de estatus de evidencia, como si realmente refiriera a fenómenos”²⁴⁹.

El proceso de anclaje de las representaciones sociales consiste en componer la información de un objeto dentro del sistema de pensamiento ya creado. No se refiere a la construcción formal de un conocimiento, que sería la objetivación, sino a la inserción hacia dentro del pensamiento ya constituido. El anclaje es el responsable de las tres funciones básicas de la representación: la función de la integración de lo novedoso al sistema de pensamiento, la función de la interpretación de la realidad y la función de la orientación del comportamiento y las relaciones sociales²⁵⁰.

Conviene resaltar que el estudio de las representaciones sociales implica analizar y comprender diferentes ámbitos que funcionan de manera interdependiente: el lenguaje, el pensamiento y el comportamiento. El lenguaje constituye el mejor ejemplo de sistema simbólico, pues a partir de él se construye colectivamente la realidad social²⁵¹.

Por esta razón, diversos autores consideran el lenguaje como el elemento explicativo más importante de todo lo social, destacando Billing²⁵², uno de los principales representantes del denominado “giro teórico”, que pone el énfasis sobre el carácter dilemático del mismo, así como otros, entre los que destacan Edwards²⁵³ y Fernández²⁵⁴, que han trabajado su dimensión metafórica y afectiva, pero todos coinciden con Wittgenstein en que “imaginar un lenguaje es imaginar una forma de vida”.

El reconocimiento de las funciones del lenguaje y su importancia en la construcción de las realidades sociales nos permite generar un marco de interpretación

²⁴⁸ *Ibidem*.

²⁴⁹ *Ibid.* p. 90.

²⁵⁰ *Ibid.* p. 91.

²⁵¹ Blanca Pelcastre-Villafuerte, Francisco Garrido-Latorre, Verónica de León-Reyes. “Menopausia: representaciones sociales y prácticas”. *Salud Pública Méx* [Internet] 2001 [consultado 15 octubre 2011] 43 (5):408-414. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000318>

²⁵² Billig, M, Condor S, Edwards D, Gane M, Middleton D, Radley A. *Ideological dilemmas: A social psychology of everyday thinking*. Londres: Sage; 1988.

²⁵³ Edwards D. *Discourse and Cognition*. Londres: Sage; 1996.

²⁵⁴ Fernández P. “Teorías de las emociones y teoría de la afectividad colectiva”. *Iztapalapa*.1994; 14:89-112.

de los diferentes discursos de las mujeres con respecto a sus ciclos vitales y las distintas prácticas derivadas de ellas.

La Teoría de las Representaciones Sociales, definida por un conjunto de conceptos, proposiciones y explicaciones que se originan en la vida diaria y durante las relaciones interpersonales, permite crear información y familiarizarnos con lo desconocido por los procesos de objetivación y anclaje, conociendo las explicaciones de sentido común de los individuos de una comunidad a través de sus mitos, sistemas de conocimiento tradicional y creencias²⁵⁵.

Por tanto, la Teoría de las Representaciones Sociales nos permite conocer qué representaciones tienen las mujeres con respecto a sus propios ciclos vitales, ya que “la objetivación entonces, permite materializar la palabra, transformando una abstracción en lo concreto, físico y tangible. Mientras que el anclaje integra cognitivamente el objeto representado a un sistema de pensamiento social ya existente, lo que se revela en el discurso de los propios sujetos quienes comparten en mismo grupo social, condiciones y experiencias”²⁵⁶.

De acuerdo con Madeleine Leininger²⁵⁷ y su concepto de cuidados transculturales, partimos de la idea de que la salud y enfermedad, y por tanto los ciclos vitales de las mujeres, se presentan bajo un marco de referencia simbólico codificado, dando lugar a prácticas y comportamientos específicos, apoyados en mitos, creencias y costumbres arraigadas. Además, a esta premisa hay que unir la condición de género, que surge en estas situaciones dando lugar a connotaciones diferentes con respecto al cuidado humano, “siendo que los cuidados relacionados con el orden público y la aplicación de la fuerza física son asignados al hombre, mientras que los cuidados relacionados con todo lo que genera vida, es fecundable y da a luz se revierten en la mujer”²⁵⁸.

²⁵⁵ Serge Moscovici. *Psicología social II: pensamiento y vida social*. Barcelona: Paidós; 1993. Citado por Rocío Elizabeth Chávez Álvarez et al. “Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú”. *Context Enferm*, Florianópolis, 2007 Out.Dez; 16(4):680-7.

²⁵⁶ Rocío Elizabeth Chávez Álvarez et al *op. cit.*

²⁵⁷ Madeleine Leininger. “Transcultural nursing; concepts, theories, research and practice”. En: Leininger M, McFarland Mr (ed). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and culture*. (3ª ed). Toronto (ON/CA):McGraw.Hill; 2002. pp. 77-98.

²⁵⁸ Rocío Elizabeth Chávez Álvarez et al *op. cit.*

3.4. REPRESENTACIONES SOCIALES DEL CICLO MENSTRUAL. HISTORIA, ANTROPOLOGÍA Y MEDICINA POPULAR

Para este estudio que se presenta sobre las creencias populares y representaciones sociales de los ciclos vitales femeninos es muy importante señalar la influencia que tiene el hecho biológico de la menstruación en la definición cultural de “ser mujer”. Por esta razón, tras la búsqueda y revisión bibliográfica, podemos afirmar que la menstruación sigue siendo hoy en día un elemento decisivo del “hecho de ser mujer”, poseyendo fuertes connotaciones culturales que van a influir desde la menarquia a la menopausia. Se deduce que es un fenómeno biológico pero que está fuertemente cargado de connotaciones culturales y que va más allá por tanto de un ciclo fisiológico y hormonal, significando en muchas mujeres un hito importante cuando se establece mediante la menarquia, al igual que cuando desaparece mediante la menopausia.

La importancia de estas connotaciones culturales acerca de la menstruación es que implican un modo de actuar y comportarse con respecto a ella y, por ende, un modo de autocomportarse las mujeres con sus propios cuerpos y con su salud. El ciclo menstrual mediante la menarquia supone el comienzo de la etapa fértil y su desaparición, el comienzo de la etapa no fértil.

Por esta razón, se considera fundamental en el estudio de las creencias sobre los ciclos vitales femeninos la representación social que se tiene sobre el ciclo menstrual y especialmente sobre la menstruación, ya que es el nexo de unión de los diferentes periodos vitales de las mujeres. Es decir, la menstruación es el eje central de la salud reproductiva de las mujeres, ya que comienza con la menarquia y finaliza con la menopausia. Para investigar el estudio de los fenómenos de la salud y la enfermedad y, en nuestro caso, de las representaciones sociales y las creencias populares acerca de los ciclos vitales femeninos, necesariamente debemos conocer la historia de la interpretación que han dado los pueblos a este fenómeno, por dos motivos: primero para conocer el desarrollo de la ciencia y tecnología médica y, segundo, para conocer el sentido social de las creencias en torno a esto y cómo estas creencias afectan a la hora de hacerles frente²⁵⁹.

²⁵⁹ Javier Álvarez. *op.cit.*, pp. 13-14.

Estos dos aspectos dependen de elementos que les son ajenos pero que forman parte de la cultura misma, tales como los factores económicos y políticos que se interrelacionan entre sí y con los diversos elementos constitutivos de la estructura de la sociedad. Es necesario resaltar que no podemos entender las creencias acerca de la salud y la enfermedad sin la comprensión de los factores económicos y políticos en los cuales se apoyan. Por tanto, “una interpretación correcta en términos históricos pasa necesariamente por el análisis de la estructura política y de las circunstancias económicas y políticas de la sociedad estudiada, debido a que las personas interpretan las causas de la enfermedad desde las perspectivas de su propia cultura y de sus instituciones”²⁶⁰. Además de unos valores, nociones, creencias, opiniones, implican unas determinadas actitudes, y todo ello relacionado directamente con unos comportamientos particulares. Cabe destacar el trabajo de Victoria Sau, en su obra *Reflexiones feministas para principios de siglo*, donde organiza el material referente al ciclo menstrual de la mujer por épocas históricas determinadas o influidas por un tipo de pensamiento científico, acorde este a su vez con las necesidades sociales, políticas y económicas del momento, pero también influyéndolas de forma paradigmática²⁶¹.

A continuación se procederá a ilustrar las diferentes concepciones que se han tenido de la mujer y de su relación con el ciclo menstrual a lo largo de la historia, evidenciando el peso tan fortísimo que ha tenido el hecho biológico de la menstruación en el aspecto cultural del “ser mujer” en cada época. En este estudio se parte de que esta asociación no ha sido neutral, sino que obedecía a intereses que se han intentado descubrir a lo largo de la investigación.

3.4.1. Paradigmas histórico-científicos sobre ciclo menstrual de las mujeres

En el mundo antiguo destacan tres nombres claves: Hipócrates, Platón y Aristóteles; el primero de ellos fue el único médico.

Hipócrates, en sus libros acerca de las enfermedades de las mujeres publicados alrededor del año 400 a.C. y reeditados durante todo un siglo, hace uso de su teoría de los cuatro humores –agua, sangre, bilis y flema– y de su concepto de salud basado en un justo equilibrio entre ellos. La salud respondía a la presencia de humores en una

²⁶⁰ *Ibidem*.

²⁶¹ Victoria Sau. *Reflexiones feministas para principios de siglo*. *op. cit.*, p. 61.

proporción correcta, en tanto que la enfermedad remetía a una desproporción –exceso o defecto- de dichos fluidos.

En relación con la teoría hipocrática, la mujer es descrita como un ser de naturaleza esponjosa, que tiene muchos fluidos y es más húmeda que el hombre. Un exceso de dichos fluidos es una amenaza para la salud, de modo que hay que facilitar su salida al exterior, y una de estas vías es la llamada “purgación menstrual”. Para esto hay que facilitarle el paso: las relaciones sexuales, el embarazo y el parto cumplen este fin.

“La matriz en esta época es entendida como un órgano migratorio que se desplaza por el cuerpo. Las mujeres más femeninas tienen las carnes más blandas, las de carne apretada tienen según Hipócrates menos regla y menos leche a la hora de amamantar”²⁶².

Siguiendo a Victoria Sau, en las jóvenes y vírgenes si la sangre que llega a la matriz no encuentra el orificio de salida abierto se expande hacia el corazón y provoca su embotamiento, torpeza, incluso delirio. También corren este peligro las casadas sin hijos, porque la sexualidad ha de estar al servicio de la maternidad²⁶³.

Platón (429-347 a.C.) describe las diferencias de los sexos en su obra *Timeo*²⁶⁴. El cuerpo humano es una representación del universo y está compuesto por los cuatro elementos básicos: tierra, aire, fuego y agua. El órgano de la procreación está en el vientre por lo que según la teoría de Platón la mujer estaba regida por la peor de las tres almas y por esta razón no podía pasar a la eternidad directamente sin antes reencarnarse en varón²⁶⁵.

Aristóteles comparte con Hipócrates y Platón que el útero es un órgano doble separado por un tabique: en el lado derecho se desarrollan los varones y en el izquierdo los embriones femeninos, por eso hay dos testículos. En virtud de una comunicación directa con el hígado, la matriz derecha y el testículo derecho son más calientes que sus

²⁶² Hipócrates. *Tratados hipocráticos*. En Obra completa. Volumen IV: Tratados ginecológicos: Sobre las enfermedades de las mujeres; Sobre las mujeres estériles; Sobre las enfermedades de las vírgenes; Sobre la superfetación; Sobre la escisión del feto; Sobre la naturaleza de la mujer. Madrid: Editorial Gredos; 1988.

²⁶³ Victoria Sau. *Reflexiones feministas para principios de siglo*. op. cit., p. 62.

²⁶⁴ Platón. *Diálogos*. En Obra Completa en 9 volúmenes. Volumen VI: Filebo. Timeo. Critias. Madrid: Gredos; 2003.

²⁶⁵ Victoria Sau. *Reflexiones feministas para principios de siglo*. op. cit., p. 63.

homólogos izquierdos y, por tanto, más indicados para producir y alimentar a un macho²⁶⁶.

Platón y Aristóteles van a marcar el pensamiento occidental durante siglos. Es común a ambos la idea del mundo construido teleológicamente, en el que todo responde a fines que hay que respetar y que justifican los medios.

Aristóteles le daba mucha importancia al flujo menstrual, al pensar que era sobre él donde actuaba el semen masculino para formar el embrión. Esta idea permanecerá hasta el Medievo.

Para los médicos clásicos, la causa de la menstruación estaba, como se ha expresado anteriormente, en la creencia de que los cuerpos de las mujeres eran fríos y húmedos, por lo que almacenarían muchos humores, los cuales descenderían después a la parte más baja del cuerpo y serían expulsados. Esta interpretación de la teoría humoral por parte de la medicina tradicional veía a la menstruación como una pérdida de sangre “mala”, siendo una forma de equilibrar los humores para conservar la salud; el por qué de que no se produjera este efecto en el hombre se explicaba argumentando que él necesitaba toda su sangre para conservar sus fuerzas, aunque como consecuencia de esto y de no poder renovar su sangre, también se pensaba que la vida del hombre sería más corta²⁶⁷.

En el siglo XI destaca la escuela médica de Salerno, y en ella un grupo de mujeres dedicadas al estudio y la práctica de la medicina. Por desgracia, la historia de la medicina ha olvidado prácticamente el nombre de estas mujeres, conocidas como las Damas de Salerno. De entre todas ellas, se ha podido recoger el nombre y la obra de Trótula, figura al parecer preeminente, quien por sus estudios y conocimientos de la medicina de Hipócrates y Galeno es colocada en un lugar privilegiado en el terreno de la ciencia²⁶⁸. Dos obras se atribuyen a Trótula: la primera y más importante es *Pasionibus mulierum curandorum*, texto conocido como *Trotula maior*, que comprende sesenta y tres capítulos que tratan sobre la menstruación, la concepción, el embarazo, el parto y las enfermedades en general, así como los tratamientos y remedios recomendados. Hasta el

²⁶⁶ Aristóteles. *Tratados de lógica*. Madrid: Gredos; 1994.

²⁶⁷ “La menstruación según la Historia, la Antropología médica y la Medicina popular”. Revista *MedSpain*. [Internet] 1999 [Consultado el 21 abril 2011] (7). Disponible en: http://idd0073h.eresmas.net/public/artic03/artic03_1.html

²⁶⁸ Angélica Salmerón Jiménez. “Trótula y la escuela de Salerno: el renacimiento de la medicina. La ciencia y el hombre”. *Revista de divulgación científica y tecnológica de la universidad veracruzana*. [Internet] 2006 [Consultado el 15 febrero 2012] 19 (1): 1-6. Disponible en: <http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol19num1/articulos/trotula/index.htm>

siglo XVI se usó como texto de medicina en las escuelas y en el siglo XVIII forma ya parte del folclore popular²⁶⁹.

Destacan sus observaciones sobre la menstruación, a la que denomina “flores”, y señala en relación a la falta de ella que “así como los árboles no producen frutos sin flores, así las mujeres sin reglas están privadas de la función de la concepción. Esta purgación ocurre en las mujeres de la misma manera que la polución en los hombres”. Se asume que las menstruaciones son un claro indicio de la capacidad fecundante. Según esto la sangre menstrual ya no formaría el embrión junto con el semen masculino, sino que en realidad serviría para nutrirlo después de cerrarse el cuello de la matriz.

También se ocupa de la menstruación irregular, a la que relaciona con el ejercicio, las enfermedades y la dieta, o bien con algún dolor, enojo, emoción o temor, y para lo cual recomienda el uso de varias hierbas y, como método para propiciarla, masajes y relaciones sexuales. Explicaba el flujo menstrual excesivo diciendo que:

“La bilis amarilla que sale de la vesícula enfebrecce la sangre a tal punto que no puede ser contenida en las venas. A veces una flema salina se mezcla con la sangre y la adelgaza y hace que se precipite hacia el exterior. Si la sangre que sale se vuelve amarillenta, o su color se inclina al amarillo, eso se debe a la bilis. Si su color se inclina hacia el blanquecino, se debe a la flema. Si tiende al rojo, es por la sangre”²⁷⁰.

De la escuela medieval de Salerno surgieron estas representaciones que aceptaban que el flujo menstrual realizaría una especie de regulación del temperamento femenino, considerando que mientras los hombres atemperaban mediante el sudor su calor dominante, las mujeres hacían lo mismo con la humedad excesiva mediante las menstruaciones. Otra idea de la Edad Media es que la mujer era más vulnerable y débil ante las enfermedades que los hombres debido a que no era capaz de ingerir completamente los alimentos, siendo los restos de esta digestión incompleta lo que se evacuaría con la menstruación.

Claude Thomasset argumenta que la sangre menstrual ha sido centro de

²⁶⁹ *Ibidem*.

²⁷⁰ Angelica Salmeron Jimenez. *op.cit*

considerables estudios y de reflexiones que han revelado en las creencias populares, la supervivencia de un pensamiento muy cercano a la tradición medieval. Se atestiguaba que la sangre menstrual servía para la nutrición del embrión después de la concepción, a costa de una modificación de la circulación sanguínea. La sangre constitutiva del embrión era elaborada a partir de la sangre menstrual con el fin de que este líquido impuro se mantuviera a distancia.

Estas creencias partían de que en la membrana que rodea al feto existía un sistema de canales. Cuando se forma el hígado del embrión, que es el órgano de donde proviene la sangre en el organismo humano, hace su aparición una vena que, gracias a la llegada de la sangre menstrual, le asegura la nutrición hasta el parto. Cuando nace el niño/a, la leche, que es la sangre menstrual que ha sufrido una fuerte cocción se hace presente. De esta forma tiene lugar una transición en la alimentación²⁷¹. A partir de San Isidoro de Sevilla²⁷², las menstruaciones se relacionan con el ciclo lunar a través de la etimología, pues en griego la luna recibe el nombre de *mene*. A parte de considerar la menstruación como líquido que nutre al embrión, se pensaba que ejercía una acción particularmente nociva y peligrosa sobre el medio de la mujer menstruante

Claude Thomasset nos ilustra con gran claridad cómo eran las representaciones que existían durante la Edad Media con respecto a las mujeres y los ciclos vitales:

“Durante toda la Edad Media se repitió que la mujer posee poco calor natural; que es fría y que lo más caliente en ella no llega a igualar en este dominio ni siquiera al más frío de los hombres. Fuera de los periodos de gestación, los residuos, que su falta de calor no les permitía transformar mediante la cocción, son expulsados en forma de sangre menstrual. Por eso Aristóteles, a quien sigue todo el pensamiento medieval, sostendría que las mujeres no sangran por la nariz, no tienen hemorroides y su piel es suave y lisa. El discurso científico y médico a través de la historia comporta asombrosas intuiciones. Pero es también portador de inquietantes superficies de sombra, heredadas de la tradición y no cuestionadas. Los *exempla*, cortos relatos destinados a ilustrar una verdad científica, pueden transmitir elementos que escapan a todo análisis racional y que, con toda verosimilitud, han constituido un punto de

²⁷¹ Claude Thomasset. “La naturaleza de la mujer ». En: Christiane Klapisch-Zuber. *La Edad Media*. (4ª ed). Madrid: Taurus; 2006. pp. 72-98.

²⁷² *Ibidem*.

intercambio entre la cultura sabia y las creencias populares”²⁷³.

También se creía que el hijo engendrado durante las reglas sería pelirrojo, con todas las connotaciones que eso comportaba entonces. Igualmente todo niño/a “puede contraer la rubeola o la viruela, enfermedades provocadas por el esfuerzo que hace el joven organismo para purgarse de la sangre menstrual que pueda estar contenida todavía en sus miembros porosos”²⁷⁴.

En la segunda mitad del siglo XIII, aparte del temor que el hombre siente respecto de la mujer menstruante, aparece también el miedo al contagio de la lepra. La Edad Media pensó que la lepra podía contraerse en el curso de una relación sexual con una mujer menstruante y ciertos autores afirman que el hijo concebido en estas condiciones puede ser un leproso. Siguiendo a Claude Thomasset, la antiquísima tradición de la transmisión por las relaciones sexuales ha venido a llenar esta laguna. La mujer es capaz de resistir a la corrupción masculina porque es fría, pero la materia pútrida proveniente del coito con el leproso infecta los órganos genitales del hombre. Por tanto, se afirma con toda claridad que la lepra se transmite como una enfermedad venérea.²⁷⁵

La lepra expresa todo los temores del hombre y los convierte en la víctima impotente de la mujer.

“En el enfoque de la lepra hay que distinguir entre una realidad cotidiana, que ha permitido a los hombres de la Edad Media acudir en ayuda de los enfermos, con intención de obedecer a la caridad cristiana y el funcionamiento de la imaginación, que desempeña un importantísimo papel en el pensamiento médico, puesto que acoge sin espíritu crítico los relatos que una larga tradición ha legado. No hay duda de la total falsedad de la idea de que la lepra se transmite a través de las relaciones sexuales, lo cual no impide que haya reforzado el sentimiento de temor y de culpabilidad que va asociado a la realización del acto sexual, del mismo modo que más tarde lo hará la sífilis. Así, habida cuenta de los conocimientos científicos, en la Edad Media se considera a la mujer al mismo tiempo como instrumento de pecado, y agente

²⁷³ *Ibidem.*

²⁷⁴ *Ibidem.*

²⁷⁵ *Ibidem.*

de la transmisión de una enfermedad que señala este pecado a los ojos de la colectividad”²⁷⁶.

Siguiendo a Claude Thomasset, “la naturaleza de la mujer, en su diversidad y sus aspectos contradictorios, tal como la Edad Media la retrata, es una representación destinada a perdurar”. Por siglos se han puesto en práctica unos sistemas explicativos y un lenguaje relacionados con los procesos fisiológicos de las mujeres que han ido impregnando y modelando las imaginaciones. Desgraciadamente el discurso medieval está marcado por el miedo, igual que las etapas que le preceden y siguen, miedo a la mujer, miedo que tiene su origen en el conocimiento insuficiente de las enfermedades y de los ciclos vitales. Miedo heredado del pasado, que se transmite de generación en generación de forma oral y que también queda registrado en los textos, con lo que se va a ir transmitiendo en los periodos sucesivos²⁷⁷.

“Hasta el siglo XV y comienzos del Renacimiento en mundo occidental vive básicamente del pensamiento de Platón, a través de los neoplatónicos, y del de Aristóteles, interpretado y divulgado por Santo Tomás de Aquino”²⁷⁸.

Teofrasto Paracelso, doctor en medicina, en la primera mitad del siglo XVI, afirma que la mujer está mucho más cerca del mundo que el hombre, entendiendo por el mundo el conjunto de los cuatro elementos, de los cuales el agua tiene en el organismo su equivalente a la sangre. Para este autor la menstruación es una confluencia de cosas excrementicias que van a parar a la matriz para morir en ella y expulsarse de allí a continuación. Este autor rechaza el pensamiento de su tiempo de que la leche del amamantamiento procede de los monstruos, pues no se puede alimentar al bebé con excrementos.²⁷⁹

En la segunda mitad del siglo XVI, se cree que la naturaleza de la mujer es fría y húmeda porque es necesario para la reproducción. Si no fuera fría y húmeda no podría venirle la regla ni producir leche durante dos años de nacida la criatura. Se sigue en estas ideas a Hipócrates y Galeno, de la siguiente forma:

²⁷⁶ *Ibidem*.

²⁷⁷ *Ibidem*.

²⁷⁸ Victoria Sau. *Reflexiones feministas para principios de siglo. op.cit.*, p. 64.

²⁷⁹ *Ibid.* p. 65.

“Su gran cantidad de sangre flemática permite que de ella se mantenga el embrión y el feto mientras permanece en el seno materno. El pensamiento de que el útero tiene compartimentos estancos para cada sexo, destinado el lado derecho, más próximo al hígado, órgano cálido para los varones, no ha variado con respecto a la antigüedad”²⁸⁰.

Es interesante la descripción que hace de las menstruaciones Juan de Cárdenas, joven médico que emigró en el siglo XVI al Nuevo Mundo, en su libro *Problemas y secretos maravillosos de las Indias* (1591), claro ejemplo de las ideas aristotélicas de la época:

“Si alguna evacuación de sangre puede en el cuerpo humano llamarse natural y muy conforme a la salud y conservación dél es la llamada mestrua o menstrual, por cuanto le sucede a la mujer, como no sea niña o vieja o esté preñada, puntualmente de mes a mes y esto con tanta utilidad y provecho para su salud que el venirles con concierto le libra y repara de millones de enfermedades, causando gracioso color en el rostro, fuerças en los miembros, apetito de sanos u loables mantenimientos, siendo tan al contrario en faltándole, que de la tal falta o retención se suceden infinitos males (...); finalmente no se puede llamar mujer sino retrato de duelos la pobre y miserable que en pasando de los catorce años la tal evacuación no tuviese”²⁸¹.

Durante el siglo XVII los anatomistas creen todavía que la matriz, a la que en el lenguaje popular se le denomina “la madre”, es un ser vivo que se desplaza por el cuerpo y que, como indica Bisshof en Londres en 1676, está cargada de sangre y semilla rancia de la que surgen humores malignos y en malas condiciones²⁸².

En 1672 los anatomistas Steno y De Graaf habían descrito por primera vez los folículos ováricos a los que confundieron con óvulos. La mujer ya no es vista como un ser castigado por Dios, sino víctima de la Naturaleza: biología es destino.

²⁸⁰ *Ibid.* p. 66.

²⁸¹ “La menstruación según la Historia, la Antropología médica y la Medicina popular”. *Revista MedSpain*. [Internet] 1999 [Consultado el 21 abril 2011] (7). Disponible en: http://idd0073h.eresmas.net/public/artic03/artic03_1.html

²⁸² Victoria Sau. *Reflexiones feministas para principios de siglo. op.cit.*, p. 66.

Entre los enciclopedistas del siglo XVIII son escasos los que no hayan hecho suya la lista de prejuicios que provoca la sangre menstrual según la tradición de Plinio, y que Isidoro de Sevilla puso al alcance del mundo medieval, como que cesaba la germinación de los cereales, estropeaba los mostos, hacía que las hierbas y flores mueran a su contacto, que los árboles pierdan su fruto, que el hierro se vea atacado por el orín, que los objetos de bronce ennegrezcan, que los perros que la han absorbido contraigan la rabia... Además, era considerada tan fuerte que tenía la propiedad de disolver la cola de betún, con la que no podía ni siquiera el hierro. Las creencias y afirmaciones de este tipo formaban parte de la cultura del mundo rural²⁸³.

En el siglo XVIII destaca Rousseau por su influencia en la clase médica. Su modelo ideológico de regreso a la naturaleza, estado del que la mujer se encuentra más próxima que el hombre debido a sus funciones específicas –es decir, la mujer sería más naturaleza que el hombre, que sería más cultura–, invierte el pensamiento cristiano de pecado para poner el acento en la obediencia a lo natural. Para Rousseau, por tanto, la condición fisiológica es lo que dicta las leyes de la condición femenina. En palabras de Victoria Sau, “los médicos alaban a Rousseau y esa cómoda sustitución de Dios por la Naturaleza: la mujer solo existe para el niño y para el hombre. Una educación diferente para mantenerla en la ignorancia y desconocimiento sobre temas que pudieran motivarla a dejar de lado sus funciones naturales son métodos expresados y recomendados en el libro de Sophia en el Emilio”²⁸⁴. Del paradigma del pecado se pasa al de enfermedad, y se pasa a entender por tal el embarazo y la menstruación. Se inicia así la medicina de las mujeres y las especialidades de ginecólogo u obstetra.

En la segunda mitad del siglo XVIII aparece en la conciencia masculina otra amenaza para las mujeres: la histeria, que la pueden padecer todas las mujeres en edad fértil, es decir, desde la menarquia a la menopausia. La explicación de tal enfermedad está en los deseos mal gobernados del cuerpo, llamados eufemísticamente “vapores”. “El mal que en la tradición hipocrática se corregía con el matrimonio y los embarazos, ahora no hace excepciones entre vírgenes, casadas, viudas e incluso prostitutas”²⁸⁵.

En el siglo XIX el positivismo es el método considerado científico, basado en la observación de los hechos, el rechazo de todo apriorismo y el descubrimiento de “leyes científicas” que ponen de manifiesto la relación entre los hechos. Darwin destaca en la

²⁸³ Claude Thomasset. *op. cit.*, p. 99.

²⁸⁴ Victoria Sau. *Reflexiones feministas para principios de siglo. op.cit.*, p. 68.

²⁸⁵ *Ibid.* p. 69.

segunda mitad del siglo XIX y su teoría de la evolución, explicándose a partir de ese momento la sociedad por el evolucionismo y la biología. Se considera que el órgano por excelencia del hombre es el cerebro, sede de la inteligencia y de los pensamientos superiores, y sin embargo, el centro de referencia de las mujeres no es el cerebro como en los hombres, sino la matriz. Las mujeres son definidas por sus órganos de reproducción, son un “útero con patas”. En palabras de Victoria Sau, es una puesta al día del finalismo de los dos mil años anteriores²⁸⁶.

Los conocimientos sobre el proceso de la reproducción son todavía escasos y deficientes. En 1827 Ernst von Baer descubre el óvulo al abrir un folículo de De Graaf en el laboratorio. Se descubre así que el varón no es la única causa de la generación. La teoría aristotélica de la semilla única se derrumba, pero siguen el periodo embrionario y la menstruación cargados e imbuidos todavía de misterio y de ignorancia. Es importante destacar la aparición, en 1840, de la obra de Raciborski *Du rôle de la menstruation*, en la que señala que la fisiología de la misma es conocida en el mismo grado que en tiempos de Plinio y Aristóteles. Se sigue pensando en la menstruación como función excretora destinada a poner fin a una congestión de modo parecido a Paracelso.

En el siglo XIX la mujer se define como “doce veces impura” a causa de la menstruación. Se analiza la sangre menstrual porque se quiere demostrar que no es nociva, comprobar si son o no ciertas las creencias que le atribuyen el poder de que la leche se agrien y las flores se marchiten. Se produce una doble medicalización: para cuando la mujer tiene sus reglas normalmente hay que seguir una serie de ordenanzas y reglas que van desde abstenerse del acto sexual al lavado, la alimentación, etc. Pero si no aparece hay que hacer terapia local, generalmente con sangrías específicas por medio de la introducción de sanguijuelas en la vagina, y no una vez, sino los meses necesarios para establecer la hemorragia.²⁸⁷ En los siglos XVIII y XIX se vendían sanguijuelas en las farmacias europeas, llegando a ser muy populares en la terapéutica de esa época, sobre todo en Francia²⁸⁸.

²⁸⁶ *Ibíd.* p. 72.

²⁸⁷ “La menstruación según la Historia, la Antropología médica y la Medicina popular”. *Revista MedSpain*. [Internet] 1999 [Consultado el 21 abril 2011] (7). Disponible en: http://idd0073h.eresmas.net/public/artic03/artic03_1.html

²⁸⁸ Vera K. Cristián, Blu F. Antonieta, Torres H. Marisa. “Sanguijuelas, parásitos presentes ayer y hoy”. *Rev. chil. infectol.* [Internet] 2005 [Consultado el 25 abril 2012]; 22(1): 32-37. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-1018200500010004&lng.=es.doi:10.4067/S0716-10182005000100004.

Aún en el siglo XX no se relaciona ovulación con menstruación. La menstruación sigue siendo definida por los médicos como una enfermedad, pero también lo es la amenorrea. Algunos doctores definen la fase intermenstrual de las mujeres como los únicos periodos de salud. A partir del descubrimiento del óvulo se puede definir a la mujer por su útero o por los óvulos.

Algunas investigaciones de principios del siglo XX llegaron a identificar la llamada menotoxina, sustancia tóxica que sería responsable de todas las atribuciones mágicas del flujo menstrual. Dieron a la menotoxina una actividad fitotóxica que explicaría que se marchitaran las plantas y otros efectos. Finalmente, otros autores como Smith o Burguer, a mediados del mismo siglo, no consiguieron demostrar ningún tóxico en la sangre menstrual. Markee dedujo que la susodicha menotoxina debía de tratarse de una prostaglandina, sustancia de importancia capital para el inicio de la menstruación, pues posibilita el desprendimiento del endometrio en cada ciclo²⁸⁹.

El descubrimiento de las hormonas permite detectar con mayor eficacia los periodos fértiles y no fértiles. Las mujeres empiezan a tomar conciencia de sus cuerpos aunque el control sigue siendo masculino.

En la década de los cincuenta, el descubrimiento de Pincus y sus colaboradores, la píldora anovulatoria a base de hormonas, consigue forzar a los organismos a ciclos inalterables de veintiocho días y se crea la patología de “los efectos secundarios”. El calendario menstrual es una protección para las familias, que así pueden prevenirse de la peligrosidad de la esposa y de la madre, y un toque de atención a esta para que domine sus impulsos²⁹⁰.

Para Victoria Sau, los paradigmas científicos cambian pero no el supraparadigma patriarcal, en el que se inscribe todo aquello que se relaciona con las mujeres y cuyo punto de partida es su propio cuerpo²⁹¹. Para algunas autoras, el último ataque de la ciencia al ciclo menstrual de la mujer es la lucha por la desaparición²⁹², mientras se produce la paradoja de los tratamientos con terapia hormonal sustitutiva a las mujeres posmenopáusicas.

²⁸⁹ “La menstruación según la Historia, la Antropología médica y la Medicina popular”. *Revista MedSpain*. [Internet] 1999 [Consultado el 21 abril 2011] (7). Disponible en: http://idd0073h.eresmas.net/public/artic03/artic03_1.html

²⁹⁰ Victoria Sau. *Reflexiones feministas para principios de siglo*. op.cit. p. 76.

²⁹¹ *Ibid.* p. 77.

²⁹² Marichel Chavarría. “Cara ao fin da menstruación? a nova píldula reabre o debate sobre se é convinte ou non abolir a regra”. *Andaina: revista do Movemento Feminista Galego*, 2007; (47):8-10.

II. PARTE EMPÍRICA

4. INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO EMPÍRICO Y SUS OBJETIVOS

4.1. INTRODUCCIÓN

Según autoras como Anna Freixas, desde hace ya algunos años diversos aspectos de la vida han empezado a ser estudiados a través de investigaciones en las que

“Se escucha la voz de las personas implicadas, hombres y mujeres concretos, que a través de sus relatos proporcionan una visión de su experiencia, su propia definición y el significado que para ellas y ellos tienen determinado hecho vital: qué sienten, qué desean, cómo viven, qué temen, qué obtienen, cómo se manejan con el placer y con el deseo, con el malestar y el desencuentro. Este tipo de investigación se aleja de lo que tradicionalmente se ha entendido como “estudio científico”: sin embargo, poseen una importancia incalculable en la medida en que nos acercan a la realidad y otorgan valor a la subjetividad”²⁹³.

²⁹³ Anna Freixas. *Nuestra menopausia. Una versión no oficial. op. cit.*, p. 24.

En términos de la presente investigación, los discursos de las informantes se tomaron como punto de partida para reconstruir una aproximación a sus representaciones sociales sobre los ciclos vitales y establecer si existiesen posibles nexos explicativos con sus acciones o prácticas.

Para esta exploración representacional de los ciclos vitales se propuso una aproximación cualitativa para conocer qué piensan mujeres con respecto a estas etapas en sus ciclos vitales.

4.2. OBJETIVOS

Los objetivos generales que se han propuesto alcanzar en esta investigación han sido los siguientes:

1. Descubrir en primera persona y de su “propia voz” las creencias populares y representaciones sociales acerca de la menstruación, maternidad y menopausia en mujeres de diferentes generaciones desde una perspectiva de género, la cual nos permita a las mujeres hacernos visibles en nuestros ciclos de vida y en nuestras diferencias.
2. Detectar las posibles lagunas en relación con la educación para la salud y el grupo de población más susceptible a la que puede ir indicada para la corrección de ideas erróneas.

Y a partir de ellos, la formulación de los objetivos específicos:

1. Analizar el lenguaje y las metáforas usadas relativas a los ciclos vitales de las mujeres de los municipios seleccionados y su evolución en el tiempo.
2. Estudiar los recursos y estrategias utilizados en relación con estas creencias (tanto positivas como negativas) y su evolución en el tiempo, así como los beneficios que obtienen las mujeres y las riquezas que ellas aportan.
3. Comparar las creencias, representaciones y recursos sobre los ciclos vitales de mujeres de medio rural y medio urbano.
4. Determinar las creencias erróneas, su posible origen y la explicación de por qué se han mantenido en el tiempo.
5. Indagar los diferentes tipos de creencias y la relación sociocultural con el entorno.

6. Señalar los tabúes y prohibiciones que llevasen intrínsecas esas creencias.
7. Proponer líneas para la corrección de ideas erróneas sobre los ciclos vitales estudiados que puedan estar limitando la vida de muchas mujeres.

4.3. SUJETOS Y METODOLOGÍA

La investigación se ha llevado a cabo en el campo de las representaciones sociales y de las creencias sobre los ciclos vitales de las mujeres y las repercusiones de las mismas. Se ha utilizado como técnica de análisis la Teoría Fundamentada. Parte de estudiar qué piensan las mujeres sobre la menstruación, la maternidad, la menopausia, cómo lo han vivido, cómo lo viven (dependiendo de la edad de la entrevistada), qué les ha supuesto, qué luces y qué sombras hay alrededor de la salud reproductiva de las mujeres desde sus propias experiencias.

En el diseño de investigación se identifican tres etapas principalmente: en primer lugar la delimitación del objeto de estudio (se ha hecho referencia en capítulos anteriores), en la segunda etapa se llevó a cabo el trabajo de campo mediante las entrevistas semiestructuradas y los grupos de discusión y, por último, se llevó a cabo el análisis de los resultados.

4.3.1. El método cualitativo

Se han utilizado técnicas cualitativas, de una metodología que nace como alternativa al paradigma racionalista, debido a que en las disciplinas de ámbito social existen diferentes problemáticas, situaciones y circunstancias que no se pueden explicar, comprender ni entender en toda su magnitud desde la metodología cuantitativa. Por ello, el método cualitativo está más interesado en modelos socioculturales de la conducta humana que en la cuantificación de hechos humanos, otorgándole mucho valor a la subjetividad. Por todo lo expresado anteriormente se afirma que los fenómenos culturales son más susceptibles a la descripción y análisis cualitativos que a la cuantificación.

A continuación, la tabla 6 ilustra las principales características de los paradigmas cualitativo y cuantitativo de manera esquemática.

Tabla 6. Modelos o paradigmas de análisis de la realidad.

| PARADIGMA CUALITATIVO | PARADIGMA CUANTITATIVO |
|---|---|
| Aboga por el empleo de los métodos cualitativos | Aboga por el empleo de los métodos cuantitativos |
| Fenomenologismo y Verstehen (comprensión). Interesado en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa | Positivismo lógico: busca los hechos o causas de los fenómenos sociales, prestando escasa atención a los estados subjetivos de los individuos |
| Observación naturalista y sin control | Medición penetrante y controlada |
| Subjetivo | Objetivo |
| Próximo a los datos: perspectiva “desde dentro” | Al margen de los datos, perspectiva “desde fuera” |
| Fundamentado en la realidad, orientado al descubrimiento, exploratorio, expansionista, descriptivo e inductivo | No fundamentado en la realidad, orientado a la comprobación, confirmatorio, reduccionista, inferencial e hipotético deductivo |
| Orientado al proceso | Orientado al resultado |
| Válido: datos reales, ricos y profundos | Fiable: datos sólidos y repetibles |
| No generalizable: estudio de casos aislados | Generalizable: estudio de casos múltiples |
| Holista | Particularista |
| Asume una realidad dinámica | Asume una realidad estable |

[Fuente: Gloria Pérez Serrano. *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. (5ª ed.). Madrid: La Muralla; 2008. p. 33]

Como se aprecia en la tabla anterior, la investigación cualitativa resalta el aspecto individual, holístico y dinámico de la experiencia humana y trata de capturar la comprensión del todo. Es decir, la investigación cualitativa permite comprender el mundo de la experiencia subjetiva desde el punto de vista de las personas que la viven.

Así, este paradigma no se centra en la predicción y control de un fenómeno (estudio de variables), sino en la descripción sistemática de la experiencia cotidiana²⁹⁴.

Para Sandín Esteban la investigación cualitativa es una actividad sistemática orientada a la comprensión en profundidad de fenómenos que lleven a la transformación de prácticas y escenarios, a la toma de decisiones y también hacia el descubrimiento y desarrollo de un cuerpo organizado de conocimientos²⁹⁵.

Diversos autores, como Taylor y Bodga²⁹⁶, señalan las siguientes características de la investigación cualitativa:

1. Es inductiva. El razonamiento inductivo consiste en obtener conclusiones generales a partir de premisas que contienen datos particulares. Este tipo de investigación comienza con la recogida de datos mediante observaciones empíricas y posteriormente construye, a partir de relaciones descubiertas en sus categorías, proposiciones teóricas.
2. Perspectiva holística. Interesada en la globalidad de la condición humana: pasado, presente y futuro; biología, sociedad, lenguaje y cultura.
3. Sensibilidad hacia los posibles efectos por el investigador o investigadora.
4. Comprensión de las personas dentro del marco de referencia. El enfoque *emic* centra las estrategias de investigación en las explicaciones y criterios de la persona investigada. En el enfoque *etic*, al contrario, en la estrategia de investigación se enfatiza el punto de vista del observador más que las explicaciones, categorías y criterios de significación de las personas investigadas.
5. Suspensión del propio juicio.
6. Valoración de todas las perspectivas.
7. Métodos humanistas.
8. Énfasis en la validez.
9. Todos los escenarios y las personas son dignos del estudio.

²⁹⁴ Cristina G. Vivar, María Arantzamendi, Olga López Dicastillo, Cristina Gordo Luis. “La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería”. *Index Enferm* (edición digital) 2010; 19(4). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n4/7175.php>> Consultado el 05 de febrero 2012.

²⁹⁵ Sandín Esteban, M.P. *Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y Tradiciones*. Madrid: Mc Graw and Hill Interamericana de España; 2003. p. 258.

²⁹⁶ Taylor, S. y Bogdan, R. *Introducción a los métodos cualitativos de la investigación*. Buenos Aires: Paidós; 1986.

Tabla 7. Características de la investigación cualitativa y cuantitativa

| PUNTO DE COMPARACIÓN | INVESTIGACIÓN CUALITATIVA | INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA |
|--|---|---|
| Foco de investigación (centro de interés) | Cualidad (naturaleza, esencia) | Cantidad (cuánto, cuántos) |
| Raíces filosóficas | La fenomenología, la interacción simbólica | El positivismo, el empirismo lógico |
| Conceptos asociados | Trabajo de campo, etnografía, naturalista | Experimental, empírica, estadística |
| Objetivo de la investigación | Comprensión. Descripción. Descubrimiento. Generadora de hipótesis | Predicción. Control. Descripción. Confirmación, Comprobación de hipótesis |
| Características del diseño | Flexible, envolvente, emergente | Predeterminado, estructurado |
| Marco o escenario | Natural, familiar | Desconocido, artificial |
| Muestra | Pequeña, no aleatoria, teórica | Grande, aleatoria, representativa |
| Recogida de datos | El investigador como instrumento primario, entrevistas, observaciones | Instrumentos inanimados (escalas, pruebas, encuestas, cuestionarios) |
| Modalidad de análisis | Inductivo (por el investigador) | Deductivo (por métodos estadísticos) |
| Hallazgos | Comprensivos, holísticos, expansivos | Precisos, limitados, reduccionistas |

Fuente: Gloria Pérez Serrano. *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. (5ª ed.). Madrid: La Muralla; 2008. p. 54.

Según se refleja en la tabla anterior, el marco teórico para la mayoría de las investigaciones cualitativas surge de una perspectiva comprensiva, un paradigma que ve el mundo como construido e interpretado por las personas en interacciones recíprocas y con sistemas sociales más amplios.

Al ser el tema de estudio de la investigación que se presenta las creencias populares sobre los ciclos vitales femeninos, la investigación fue de tipo cualitativo, ya que, como se ha expuesto con anterioridad, nos permite estudiar y conocer de manera más profunda, y desde el punto de vista de sus protagonistas, el tema de nuestro estudio. Implica una aproximación interpretativa y holística de la cuestión examinada que permite la comprensión del fenómeno desde el interior del mismo, así como los comportamientos objetivos y el contexto.

Y, dentro de los cuatro paradigmas en investigación cualitativa propuestos por Guba y Lincoln²⁹⁷ (Positivismo y Postpositivismo, Constructivismo-Interpretativo, Feminista-Postestructural y Crítico) se elige el paradigma interpretativo como marco, al perseguir este estudio descubrir, interpretar y conocer las circunstancias del comportamiento humano. La investigación cualitativa desde una perspectiva interpretativa se concentra no solo en hechos y acontecimientos objetivamente verificables, sino también en los numerosos significados subjetivos que les atribuyen las personas, es decir, cómo lo viven los sujetos implicados. “La identificación, la clasificación y el análisis de esos significados en relación con el comportamiento objetivo constituyen la esencia metodológica del marco interpretativo”²⁹⁸.

Por tanto, los componentes fundamentales de este marco son las percepciones e interpretaciones subjetivas, que nacen de la experiencia, las acciones o comportamientos objetivos y el contexto. Como señalan diversos autores, la investigación cualitativa va más allá de conocer e interpretar los “mundos subjetivos” de los sujetos de investigación; ya que “el análisis cualitativo también permite al investigador vincular los resultados de los tres componentes para explorar las múltiples relaciones entre ellos”²⁹⁹.

²⁹⁷ Rosa María Casado Mejía. *Cuidadoras inmigrantes familiares: ¿oportunidad de crecer en la calidad del cuidado y la salud o nuevas formas de desigualdad?* [Tesis doctoral] Sevilla: [s.n.]; 2008.

²⁹⁸ Priscilla R. Ulin, Elizabeth T. Robinson, Elizabeth E. Tolley. *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Washington DC: OPS; 2006. p. 17.

²⁹⁹ *Ibidem*.

El paradigma interpretativo parte del supuesto básico de que el mundo social está formado por significados simbólicos observables en los actos, interacciones y lenguajes de los seres humanos, y que la realidad por tanto es subjetiva y múltiple. Los significados se derivan de las percepciones, experiencias y acciones en relación con los contextos sociales donde se producen³⁰⁰.

Siguiendo a la profesora Rosa Casado, de la Universidad de Sevilla, en la metodología cualitativa “el numero da paso a la palabra, al lenguaje del cual será instrumento y objeto del conocimiento a la vez: instrumento por cuanto se emplean técnicas de investigación que recogen y reproducen el discurso social –grupo de discusión, entrevistas...– y objeto de conocimiento en tanto que se indagará en el discurso tratando de encontrar los valores, las creencias, los símbolos, los deseos... en suma la ideología (sistemas de ideas y creencias) que subyace y sustenta la acción social”³⁰¹.

4.3.2. La investigación cualitativa en salud

De acuerdo con muchos autores/as, la idea de la multicausalidad ha enriquecido la forma de investigar problemas de salud y ha potenciado que los investigadores de este campo adopten progresivamente métodos y técnicas que hasta ahora eran de uso exclusivo por los investigadores/as sociales³⁰².

Según Manuel Amezcua³⁰³ “el abordaje cualitativo de los problemas de salud no es solo una opción, sino que es una manera de darle voz a los que a menudo permanecen callados, o los que no la tienen (los desfavorecidos, los marginados). Tal como es contemplado, es una forma de compromiso del investigador con la sociedad a cuyos intereses se supone que sirve, pero que el avance tecnológico no siempre garantiza”.

Entre las corrientes teóricas con influencia en esta materia destacan la fenomenología interpretativa o hermenéutica de Heidegger, “cuyo objetivo es

³⁰⁰ *Ibíd.* p. 15.

³⁰¹ Rosa Casado Mejía. *op.cit.*

³⁰² Manuel Amezcua. “El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante”. *Index Enferm* [Internet] 2000; 30. Consultado el 20 de octubre 2010. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/30revista/30_articulo_30-35.php

³⁰³ Manuel Amezcua Martínez. “El Laboratorio de Investigación Cualitativa en Salud”. En *Index de Enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, IX, nº 28-29, 2000, pp. 41-44.

comprender las habilidades, prácticas y experiencias cotidianas, y articular las similitudes y las diferencias en los significados, compromisos, prácticas, habilidades y experiencias de los seres humanos”³⁰⁴.

Leininger, la primera enfermera que divisó, desde la antropología, la universalidad y diversidad del cuidado, abrió paso para que desde las diversas culturas se estudie y analice lo que las personas sienten, piensan y hacen en torno a su propio cuidado de la salud,

“Ya que al comprender desde cada cultura ese cuidado se les podrá expresar bajo los diferentes modos de promoción y mantenimiento de la salud, las distintas maneras en que se previene y se enfrenta a la enfermedad y las varias formas terapéuticas de abordarla. Cada persona, cada grupo o subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que los de una cultura sean válidos para las demás”³⁰⁵.

Siguiendo a Manuel Amezcua³⁰⁶, “el maridaje entre enfermería y antropología ha beneficiado la adopción de metodologías hasta ahora poco utilizadas en salud, como los diseños biográficos o etnográficos”.

Uno de los objetivos posibles de los estudios interpretativos es el análisis de contenido, que es una de las metodologías más utilizadas en cualitativa. Entre los procedimientos más conocidos para el análisis cualitativo está la Teoría Fundamentada de Glaser y Strauss³⁰⁷ (1967) para generar conceptos, proposiciones e hipótesis a partir de los datos y la inducción analítica para verificarlos.³⁰⁸ La aproximación de la Teoría Fundamentada es “una metodología de análisis que utiliza un conjunto de métodos, sistemáticamente aplicados, para generar una teoría inductiva sobre un área substantiva. El producto de investigación final constituye una formulación teórica, o un conjunto

³⁰⁴ Castillo Espitia. “La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos”. *Investigación y Educación en Enfermería* 2000; XVIII: 27-35.

³⁰⁵Lucy Muñoz de Rodríguez, Marta Lucía Vasquez. “Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger”. *Colomb Med* 2007; 38 (Supl 2): 98-104.

³⁰⁶ Manuel Amezcua Martínez. “El Laboratorio de Investigación Cualitativa en Salud”. *op.cit.*, pp. 41-44.

³⁰⁷ Glaser, Barney G & Strauss, Anselm L. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago; Aldine :Publishing Company, 1967.

³⁰⁸ Rosa Casado Mejía, *op.cit.*

integrado de hipótesis conceptuales, sobre el área substantiva que es objeto de estudio”.³⁰⁹ Por tanto, como indican sus autores, no es realmente una clase específica de método o técnica, sino un estilo de hacer análisis cualitativo³¹⁰.

En todas las investigaciones, ya sean cualitativas o cuantitativas, el investigador/a sistemáticamente examina los datos para descubrir patrones y en ciertos casos poder identificar relaciones de causa y efecto. El proceso debe estar muy bien documentado y explicado para que otros puedan continuarlo, entender las decisiones adoptadas durante la investigación y verificar de forma independiente los resultados³¹¹. En el análisis cualitativo las etapas no se suceden unas a otras, sino que se produce lo que algunos han definido como una aproximación sucesiva o análisis en progreso, o más bien un esquema en espiral que obliga a retroceder una y otra vez a los datos³¹².

4.3.3. Unidad de observación

Se considera la unidad de observación de la investigación Sevilla capital y tres municipios de la misma provincia. Los municipios sevillanos seleccionados son La Rinconada, Écija y Osuna. Se trata de tres localidades situadas en comarcas con diferentes características. La Rinconada se sitúa en el área metropolitana de Sevilla, a pesar de lo cual la importancia del sector primario en su economía es muy significativa. En los casos de Écija y Osuna, son las poblaciones “cabecera” de sus respectivas comarcas, comarcas que sí responden más claramente al patrón “agrario”. Hay que destacar en relación con este tema la definición de comarca establecida en el artículo 97 del Estatuto de Autonomía de Andalucía, que reza así:

“La comarca se configura como la agrupación voluntaria de municipios limítrofes con características geográficas, económicas, sociales e históricas afines”.

³⁰⁹ B.Glaser. *Basic of Grounded Theory Analysis: Emergency vs. Forcing*, Mill Valley, C.A. Sociology Press, 1992. Citado en Antonio Trinidad, Virginia Carrero, Rosa M^a Soriano”. Teoría Fundamentada “Grounded Theory”. La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional”, *Colección “Cuadernos Metodológicos”*, Núm. 37, Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid 2006.

³¹⁰ A.L. Strauss. *Qualitative Analysis for Social Scientists*, Cambridge: University Press, 1987, citado en *Ibidem*.

³¹¹ Priscilla R. Ulin, Elizabeth T. Robinson, Elizabeth E. Tolley. *Investigación aplicada en salud pública*, *op. cit.* p. 137.

³¹² Manuel Amezcua. “El Laboratorio de Investigación Cualitativa en Salud”. *op.cit.*

Sin embargo, a día de hoy no existe una relación clara y definitiva de las comarcas en el ordenamiento jurídico andaluz, limitándose los tímidos intentos en este sentido a cuestiones sectoriales (prestación de servicios, ordenación del territorio, distribución de oficinas públicas), sin la deseada coordinación entre ellas.

Se seleccionó como ámbito urbano mujeres que vivieran en la ciudad de Sevilla. Es importante destacar que aunque se seleccionaran mujeres que viviesen en Sevilla capital, a la hora de la investigación descubrimos que cinco de las entrevistadas habían nacido en un pueblo, algunas en diferentes provincias andaluzas e incluso en diferente Comunidad Autónoma pero que vivían en Sevilla por diferentes motivos, laborales, estudios universitarios, matrimonio, etc. Nos pareció también interesante relacionar sus testimonios con su lugar de origen al igual que con el resto de las entrevistadas, enriqueciendo por tanto los discursos y el área geográfica de la investigación. A la hora de la clasificación según los perfiles de las mujeres, se etiquetaron según su lugar de origen en medio rural, aunque viviesen durante la entrevista en Sevilla capital. Se quiso respetar y señalar el lugar de nacimiento por si tuviese alguna idiosincrasia particular en la constitución de las creencias, ya que en concreto todas las mujeres anteriormente mencionadas habían pasado su infancia y adolescencia en pueblos y llegaron a Sevilla capital por motivos de estudio, trabajo o casamiento.

Los pueblos “emergentes”³¹³ fueron:

- Montellano (Sevilla)
- Villafranca de los Barros (Badajoz)
- Gerena (Sevilla)
- Cartaya (Huelva)
- Manzanilla (Huelva)

Se ha contado con ellos para el cómputo de los perfiles de las mujeres de ámbito rural. Por tanto, aunque en un principio se pretendía entrevistar a mujeres de los municipios indicados anteriormente de La Rinconada, Écija y Osuna, la selección se

³¹³ Me refiero con este término al hecho de que no se contaba con ellos para la investigación y sí los que se ha señalado al principio de La Rinconada, Écija y Osuna. Además, conforme avanzaba la investigación nos dábamos cuenta de que el lugar de origen iba a ser fundamental en la constitución de las creencias, ya que, por ejemplo, informantes de pueblos en los que existía tradición vinícola expresaban que existía y que existe en muchos casos la prohibición de entrar en las bodegas a las mujeres durante la menstruación por miedo a que se “estropee” el vino, como se analizará en el capítulo siguiente de análisis de los resultados.

enriqueció con estos pueblos “emergentes” que llegaron a suponer la mitad de los testimonios de medio rural.

4.3.4. Categorías de análisis

Para la elaboración de las unidades de análisis se utilizó el marco teórico como referencia, a la vez que el cuerpo del discurso contenido en las entrevistas.

Asimismo, se pretendían conocer todas las creencias populares relacionadas con los ciclos vitales, las percepciones, las enseñanzas, los miedos y la evolución de estas creencias en el tiempo, relacionándolas con el contexto social y familiar de las mujeres entrevistadas. Siguiendo a Rosa María Navas:

“Desde el contexto de los estudios cualitativos es factible que a una unidad de análisis le correspondan más de una de las categorías estipuladas, en razón de que estas no están estipuladas y pueden permear varias áreas temáticas. Esto se explica en que una categoría al ser un constructo del investigador y de su marco referencial teórico y metodológico, contiene y soporta varios tipos de significado que apoyan la interpretación del discurso”³¹⁴.

Las categorías de análisis utilizadas para apoyar la interpretación han sido las siguientes:

a) Género

La categoría de género indica el conjunto de características como emociones, creencias, rasgos personales, actitudes, valores, normas y modelos que conforman en cada sociedad una forma establecida de relación entre los hombres y las mujeres, determinan lo que es masculino y femenino, cómo y qué deben ser/hacer las mujeres y los hombres. Se establecen de este modo relaciones de poder a través de las cuales se asignan tareas, trabajos, ocupaciones, espacios, deseos, prohibiciones, prestigio o desprestigio, derechos y deberes en función del género femenino y masculino. Se produce un proceso por el cual la diferencia se convierte en desigualdad al darse más

³¹⁴ Rosa María Rosales Navas. *Trabajo, salud y sexualidad. Las cargas de trabajo laborales y reproductivas en la salud de las mujeres*. Barcelona: Icaria; 2002. p. 132.

derechos, más valor social a las actividades, acciones y rasgos masculinos que a los femeninos. Tiene lugar una jerarquización entre grupos sociales en la cual las mujeres aparecen como grupo subordinado, es lo que se define como sexismo³¹⁵. El género es una categoría irreductible en la construcción de la identidad de las personas.

Estos componentes influyen en que las mujeres y los hombres tengan diferente salud, ya que se dan diferentes estilos de vida, maneras de cuidarse y protegerse. Estos modelos sociales de género son los que motivan a las conductas de género, que se definen como valores y actitudes sexistas de las propias mujeres. Se analiza, igualmente, la influencia desde el exterior de los determinantes sociales.

b) Salud

Actualmente la definición de salud que se manifiesta más completa es la del continuo salud-enfermedad, en la cual se define la salud desde un punto de vista dinámico, como “el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social y de capacidad funcional que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”³¹⁶. El catedrático de Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla Enrique Nájera³¹⁷ (1992), define la salud como “la capacidad social para gozar de la vida, para sentir el placer de vivir, para tener calidad de vida, y por tanto depende más de las exigencias sociales, de la solidaridad y de la cultura, que de factores exógenos aunque estos puedan generar incapacidades”.

Esta concepción de salud es integral y holística, y es el núcleo del modelo biopsicosocial que es opuesto al biomédico

c) Creencias

Una creencia es una proposición simple, consciente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace. El contenido de una creencia puede revelar un objeto o situación como verdadero o falso, valorarlo como bueno o malo, o recomendar un

³¹⁵ M^a Isabel Blázquez Rodríguez, M^a Jesús Montes Muñoz. “Aspectos actuales en los cuidados de enfermería a la salud de las mujeres. La perspectiva de género en salud”. En: Rosa M^a Martínez Ortega, Eva García Perea (Coordinadoras), *Enfermería de la Mujer*. Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid, 2011.

³¹⁶ Izabella Rohlf, “Diferencias que generan desigualdades. Las invisibilidades en la salud de las mujeres”. En: *Jornadas andaluzas de Mujeres y Salud. Mirando la salud desde una perspectiva de género*. Málaga: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Instituto Andaluz de la Mujer; 2006, p. 30.

³¹⁷ Enrique Najera. “La Salud Pública, una Teoría para una práctica. ¿se precisa su reconstrucción?” En: *La crisis de la Salud Pública*. Washinton (DC): Organización Pan de la Salud. Pub. Cient. No 540.

determinado curso de acción como deseable o indeseable. Sea o no el contenido de una creencia descriptivo, valorativo o recomendativo (o las tres cosas a la vez), toda creencia es una predisposición a la acción y una actitud es un conjunto de predisposiciones para la acción relacionadas entre sí u organizadas en torno a un objeto de situación. Se puede, decir que toda creencia que forma parte de una actitud consta de tres componentes:

1. Componente cognitivo, que representa el conocimiento que dentro de unos ciertos límites de certeza tiene una persona acerca de lo que es verdadero o falso, bueno o malo, deseable o indeseable.
2. Un componente afectivo, porque supuestas las condiciones adecuadas, la creencia es capaz de despertar afectos de intensidad variable que se centran en el objeto de la creencia.
3. Un componente de conducta, ya que la creencia, al ser una predisposición de respuesta de umbral variable, debe conducir a algún tipo de acción cuando es activada convenientemente.

d) Miedos³¹⁸

El miedo o temor es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento, habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o falso, presente, futuro o incluso pasado. La expresión máxima del miedo es el terror. El miedo también está relacionado con la ansiedad. En palabras de Victoria Sau, “dado el orden de cosas patriarcal, que en lo que se refiere a las relaciones entre los sexos se fundamenta en la supuesta superioridad del hombre y justifica así que dichas relaciones sean de poder y no de reciprocidad, sería de esperar que fuese la mujer, o el colectivo de las mujeres, quien teme al hombre o al colectivo de los hombres.” El miedo de la mujer al hombre, sea singular y/o colectivamente, es racional y coherente con la estructura social que lo fomenta, es lógico. El miedo del hombre a la mujer es diferente, es el miedo de quien ha cimentado su identidad en la falsa inferioridad del otro.

“Los grandes temas de la literatura y la mitología nos han dejado constancia

³¹⁸ Hay que señalar que es una categoría emergente. A la hora de la planificación, se incluía dentro de la unidad de análisis creencias; pero a medida que avanzaba la investigación iba creciendo y haciéndose con mucho peso en la misma, por lo que se optó por hacerla una categoría independiente.

del miedo del hombre a la mujer. Mujeres con poderes mágicos como Medea o Circe; mujeres capaces de apartar al hombre del “buen” camino, como Eva, mujeres que traen los males al mundo, como Pandora... Detrás de todos ellos no es difícil observar una casusa subyacente: las relaciones de poder y sus consecuencias”³¹⁹.

- e) Expresiones populares y metáforas del lenguaje relacionadas con los ciclos vitales de las mujeres

En esta categoría se incluyen las expresiones utilizadas y las *metáforas* relativas a las etapas estudiadas, así como los casos de variaciones de una misma metáfora en los distintos municipios seleccionados o por la revisión bibliográfica. Se analizará también si se ha evolucionado el lenguaje a través del tiempo.

- f) Recursos y estrategias utilizados³²⁰

Se pretende analizar los mecanismos con los que cuentan las mujeres con respecto a sus ciclos vitales, como por ejemplo los relacionados con la higiene o con los partos, de manera que podamos realizar una comparación entre los recursos y estrategias utilizadas por las mujeres de diferentes generaciones. Esta categoría pretende visibilizar las fortalezas de las mujeres y los mecanismos de las mismas para enfrentarse a “imposiciones” externas en muchas ocasiones con respecto a los ciclos vitales.

- g) Prohibiciones

Situaciones, acciones, lugares, etc. que las mujeres tuviesen prohibidos o vetados en relación a cada una de las etapas del ciclo vital.

- h) Ciclo vital

Fases por las que transcurre la vida de una persona desde el nacimiento hasta la muerte. El cuerpo, la noción de ser y la identidad se van transformando de manera dinámica y compleja. La salud y el género marcan estadios de desarrollo acompañados de rituales en muchas sociedades y cada etapa es fundamental para la salud física y mental de los individuos.

³¹⁹ Victoria Sau. *Diccionario ideológico feminista*. Volumen I. (3ª ed). Icaria, Barcelona, 2000. p. 204.

³²⁰ Categoría emergente

En esta investigación se estudiará el ciclo vital de la mujer centrado en la salud reproductiva y concretamente sus etapas de menarquía, menstruación, maternidad y menopausia. Por tanto, como en este estudio se emplea, cuando nos refiramos a ciclo vital de la mujer nos estaremos refiriendo al ciclo reproductivo y a las etapas reproductivas.

- *Menarquía*³²¹

Primera menstruación de la mujer. Fenómeno fisiológico por el cual se hace ostensible que la niña ha llegado a la maduración física necesaria para procrear si así lo deseara.

- *Menstruación*

Proceso fisiológico que tiene lugar cada mes de modo regular aproximadamente durante treinta años de la vida de la mujer.

- *Maternidad*

Según Victoria Sau, “llamamos familiarmente maternidad al hecho de las mujeres asuman de forma particular y concreta el proceso biológico de la gestación y del parto, así como los cuidados posteriores que requiere el ser humano durante un periodo de tiempo más o menos largo, o sea, el maternaje”³²². En esta categoría se analizarán, por estar relacionados, los procesos de embarazo, parto y lactancia materna. Por ello, la categoría de maternidad se referirá exclusivamente a la maternidad biológica y no a la adopción, ya que nos interesaba estudiar los procesos anteriormente señalados. Como la maternidad no es en sí una etapa del ciclo vital de la mujer, es decir, no hay que ser madres para ser mujeres, participarán en el estudio mujeres madres y no madres.

- *Menopausia*

Literalmente significa “cese de las menstruaciones”. Es el periodo de la vida de las mujeres, entre cuarenta y cinco y cincuenta y dos años por término medio, en el dejan de ser fisiológicamente fértiles. En algunos casos se utiliza el término “periodo climatérico”.

No obstante, se ha de tener en cuenta que el termino *menopausia* se ha popularizado de tal forma que en la actualidad es aceptado por todo el mundo el referirnos como mujer menopáusica a aquella que ya no tiene función ovárica y que por

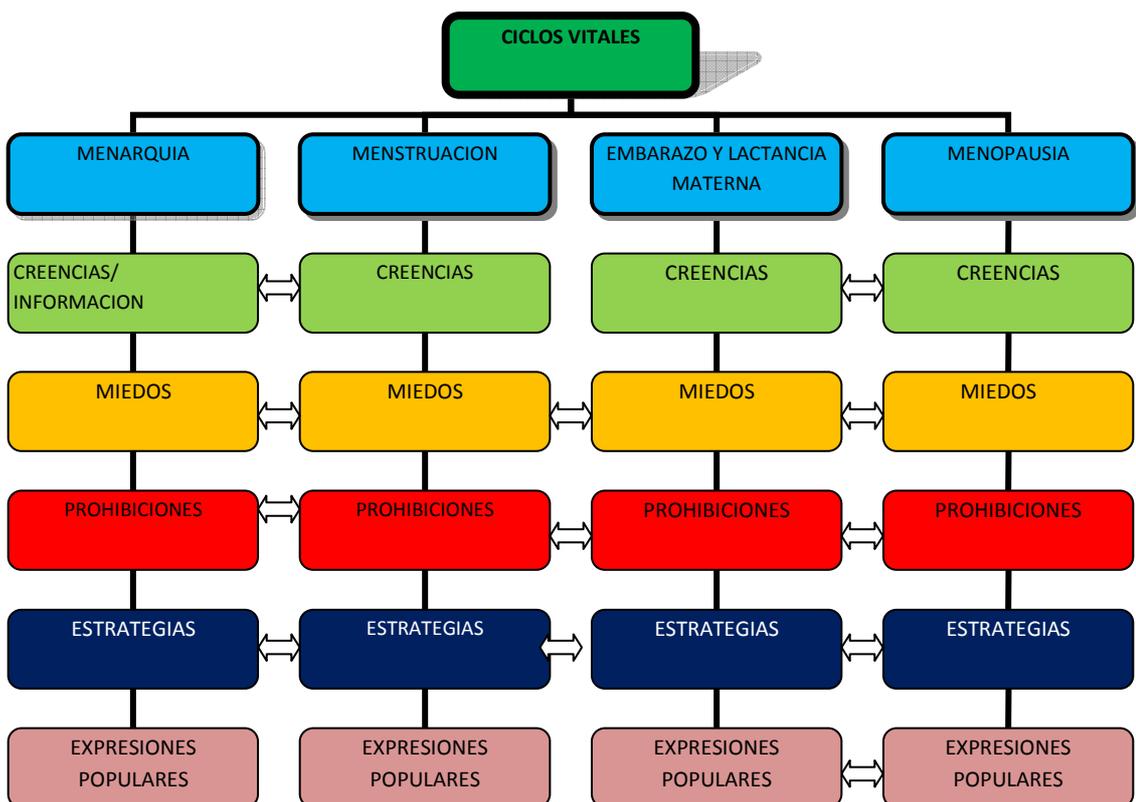
³²¹ Es una categoría emergente. Se partía en el estudio de la categoría menstruación, pero a medida que se avanzaba en los discursos de las entrevistadas se apreciaba la necesidad de que se convirtiera en una categoría propia, debido a la cantidad de creencias, expresiones e implicaciones que tiene.

³²² Victoria Sau. *Diccionario ideológico feminista. op. cit.*, p. 183.

tanto no menstrúa. Como se expuso en el capítulo II, a modo de recordatorio, aunque los términos climaterio y menopausia se utilizan habitualmente como sinónimos, no lo son: el climaterio se refiere a todo un periodo de tiempo mientras que el segundo es un episodio aislado que tiene lugar en el transcurso de aquel. La menopausia sería por tanto la última menstruación, al igual que la menarquia fue la primera. El único requisito necesario para que se defina como tal esta última regla es que tiene que estar seguida de 12 meses de amenorrea. El periodo posterior a la misma se define como postmenopausia y el periodo inmediatamente anterior es la premenopausia. Envolviendo a estos periodos está el climaterio.

A continuación se presenta un esquema para ilustrar las relaciones entre las diferentes unidades de análisis:

Figura 2. Relación entre las unidades de análisis



[Fuente: Elaboración propia]

4.4. ESTRATEGIAS PARA OBTENER INFORMACIÓN: TÉCNICAS UTILIZADAS

Las técnicas utilizadas en la investigación fueron: la entrevista abierta semiestructurada y los grupos focales. El registro oral de los testimonios aportados ha permitido la valoración de los datos y comentarios directos expresados por las propias protagonistas.

4.4.1. La entrevista semiestructurada

Se consideró que la entrevista era la técnica de obtención de datos que mejor encajaba con los objetivos de la investigación, ya que dejaba aflorar las creencias de las mujeres, sus ideas, sentimientos y miedos relacionados con su propia experiencia del ciclo vital.

Una entrevista es una conversación dirigida que nos permite recopilar información importante con un fin específico. Tiende a definirse la entrevista cualitativa, también denominada en profundidad, como una conversación ordinaria con algunas características particulares. En el diseño de la investigación mediante entrevistas en profundidad el papel estratégico principal corresponde a la selección de informantes. Desde tal perspectiva no importa tanto su número sino las diferentes posiciones sociales ocupadas, con relación al fenómeno observado, consiguiendo así lo que desde distintas escuelas se ha denominado “saturación”.

En este estudio se realizaron veinticuatro entrevistas semiestructuradas. Se diseñó para la investigación un guión estructurado de preguntas abiertas relacionadas con los temas de la investigación, el ciclo vital femenino y el mundo subjetivo de creencias y actitudes que lo rodean. El guión se compone de cuatro grandes temas: menstruación, embarazo, lactancia materna y menopausia subdivididos a su vez en ítems (véase ANEXO II).

La selección de participantes en el inicio del trabajo de campo, y por tanto de las entrevistas, se estructuró a través de la selección de la primera mujer. A partir de ahí empezaron a sucederse todas las demás.

En el diseño cualitativo hay dos métodos básicos para seleccionar a los participantes: el muestreo teórico y el muestreo *a priori*. El muestreo teórico es

particularmente apropiado cuando el principal propósito de la recolección de datos es generar una teoría sustantiva. Es continuo y gradual, guiado por la recolección de datos, el análisis y la interpretación a medida que se establece la teoría. Es especialmente coherente con los objetivos y técnicas de la teoría fundamentada. Este fue el que se utilizó en la investigación.

El muestreo *a priori* es utilizado en investigaciones aplicadas en el campo de la salud pública. Sobre la base del problema y el propósito de la investigación, antes de la recolección de datos se definen las características y estructura de la muestra.

El muestreo teórico permitió encontrar categorías (bien de sucesos, bien de personas) en las que ir profundizando, incluso servía para ir “rellenando” lagunas que pudiesen ir surgiendo en la investigación, ya que se orientó a la selección de aquellas personas (unidades) y dimensiones (aspectos, situaciones, procesos) que garantizaran mejor la cantidad y calidad de la información.

Esta etapa se estuvo realizando hasta que dejaron de aparecer nuevos conceptos, es decir, hasta que se alcanzó el grado de saturación óptimo.

La saturación se define como el fenómeno por el que, una vez superado un cierto número de entrevistas, el investigador tiene la impresión de no descubrir nada nuevo con respecto a su investigación (punto de saturación). Según autores como Bertaux, este principio de saturación constituye el verdadero criterio de validez en cuanto a la representatividad, equivalente al criterio de representatividad estadística en la metodología cuantitativa. Pero el principio de saturación depende de la diversificación de la muestra, consistiendo en hacer selecciones dentro de un amplio abanico de diversidad con la finalidad de recabar el máximo de información posible y evitar la redundancia. Por tanto, a la hora de diseñar la muestra conviene introducir variables o características que posibiliten la obtención de relatos no repetitivos. Solo de esta manera podemos tener seguridad de haber llegado al punto de saturación³²³.

Así pues, el número de unidades es lo de menos, acabándose la recogida cuando existe saturación de información. Por otro lado, puede ser que durante el trabajo de campo surjan nuevas dimensiones y unidades que no estaban establecidas, situación que plantea una actitud del investigador siempre vigilante hacia las nuevas cuestiones (creatividad).

³²³ Bertaux, D. “Historias de casos de familias como método para la investigación de la pobreza”. *Taller. Revista de Sociedad, Cultura y Política*, Vol. I, N° 1. Buenos Aires 1996.

Es importante establecer lo más sistemáticamente posible los criterios utilizados para asegurar, así, que la muestra ha sido adecuadamente escogida. Para ello existen tres grandes dimensiones a lo largo del proceso de extracción de muestras a tener en cuenta: el tiempo, las personas y el contexto. Por ello lo primero que se realizó fue la definición de unos criterios de segmentación, que determinaran unos perfiles básicos de las personas a entrevistar. Para la elección de las participantes, mujeres adultas representativas de la población general sevillana, se partió de una definición previa de perfiles característicos, elaborados a partir de la bibliografía revisada, de la experiencia del equipo investigador en el tema y por datos aportados por informantes clave pertenecientes a diferentes redes sociales. Se realizó segmentación por categorías de la población que describimos a continuación.

4.4.1.1. Criterios de segmentación

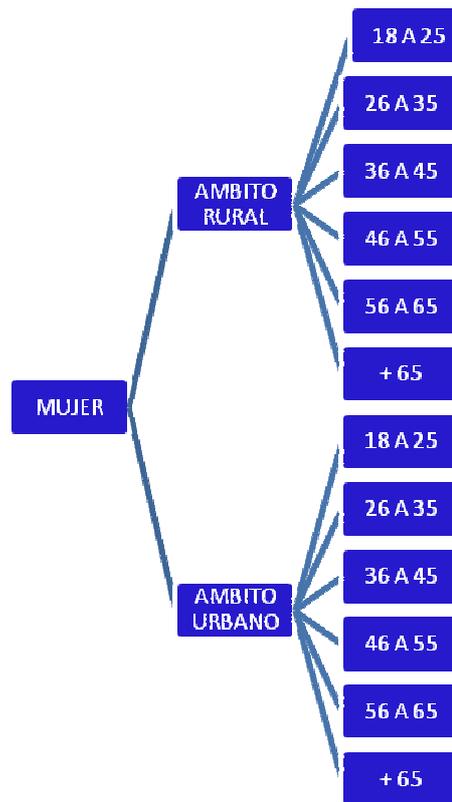
A partir de la población específica, las mujeres, se decidieron grupos de edad: jóvenes (18-25 años, 26-35 años), mediana edad (36-45 años, 46-55 años, 56-65 años) y ancianas (> 65 años). La edad se estableció como criterio de segmentación, ya que, al ser un estudio sobre los ciclos vitales de las mujeres, nos interesaba la opinión al respecto de los mismos según la etapa que estuviesen viviendo, también para comparar las posibles creencias relacionadas con la edad.

Otro de los criterios ha sido el lugar de residencia: ámbito rural o urbano. Se pretendía comparar el nivel de creencias populares y estudiar si en el medio rural son más abundantes que en el medio urbano.

Se realizó un total de veinticuatro entrevistas semiestructuradas, doce en medio rural y doce en medio urbano a mujeres en los intervalos de edad expuestos anteriormente. Se utilizaron dos informantes por perfil.

Para ello se realizó el siguiente árbol de segmentación que determinó los perfiles de las mujeres a entrevistar. De cada perfil resultante se buscaron dos personas que se ajustaran al mismo para ser entrevistadas:

Figura 3. Criterios de elección de las mujeres entrevistadas: 2 entrevistas/perfil



[Fuente: Elaboración propia]

4.4.1.2. Criterios de variabilidad

Dentro de los perfiles establecidos según los criterios de segmentación indicados, se definieron otras variables que debían estar presentes por su importancia en la representatividad de las personas entrevistadas

- a) Nivel educativo: para estudiar cómo afecta el nivel educativo en la existencia o no de creencias populares erróneas. La clasificación se ha realizado, según el nivel de estudios que tuviesen, en: sin estudios (ningún título académico), estudios medios (títulos académicos no universitarios), y estudios universitarios (diplomados y licenciados). Asimismo, las estudiantes universitarias se incluyeron en el nivel de universitarias.
- b) Etnicidad: igual que el género, es una categoría irreductible que participa en la construcción de la identidad de las personas, como proceso social. Es un

concepto que para ser definido refiere a la necesidad de estudiar las particularidades culturales en un contexto de interacción, nace a partir de la forma en que se percibe y es percibido. De acuerdo con Rosa Casado “ese contexto no es igualitario, sino que hay grupos que definen cuál es la identidad correcta o deseable y cuáles son las identidades incorrectas o indeseables”³²⁴.

En este estudio se plantea la etnicidad como criterio de variabilidad para analizar si existen semejanzas o diferencias entre las creencias y actitudes con respecto a las etapas reproductivas de las mujeres de diferentes grupos étnicos. Aunque la mayoría son españolas, se harán también entrevistas para poder comparar a una mujer rumana, ucraniana, boliviana y saharai³²⁵.

- c) Madres o mujeres sin hijos/as: el planteamiento fue estudiar si las mujeres viven de forma distinta su ciclo vital siendo madres o mujeres sin hijos.
- d) Profesión: amas de casa o mujeres que trabajan fuera del hogar. Si la entrevistada se dedicara exclusivamente a estudiar, como es el caso de muchas jóvenes universitarias que dependen de los padres o familiares, aunque no sea una profesión por no estar remunerado, se han clasificado en profesión estudiantes, para indicar que es su única ocupación en el momento de la entrevista.

4.4.1.3. Perfiles de las mujeres entrevistadas

Como síntesis, se relacionan y clasifican en la tabla que sigue según los criterios de segmentación y variabilidad, los perfiles de las mujeres entrevistadas:

³²⁴ Rosa Casado, *op.cit.*

³²⁵ Al igual que se hizo con las españolas se respetó su lugar de nacimiento y crianza a la hora de la clasificación en medio urbano o medio rural, ya que vinieron a España para trabajar y en el caso de la informante saharai para estudiar en la universidad. De estas cuatro informantes dos pertenecen al medio rural y dos a medio urbano.

Tabla 8. Perfiles de las mujeres entrevistadas

| | Contexto | Edad | Nivel de estudios | Maternidad | Etnicidad | Profesión |
|------------|---|------|-------------------|--------------------|-----------|--------------------------|
| M1 | Rural La Rinconada (Sevilla) | 65 | Sin Estudios | 2 hijos 3 hijas | Española | Ama de casa |
| M2 | Rural La Rinconada (Sevilla) | 31 | Sin Estudios | No | Española | Limpiadora |
| M3 | Rural Écija (Sevilla) | 82 | Medios | 6 hijos 3 hijas | Española | Ama de casa |
| M4 | Rural Osuna (Sevilla) | 42 | Sin Estudios | 1 hija 1 hijo | Española | Limpiadora |
| M5 | Rural Osuna (Sevilla) | 32 | Superiores | No | Española | Profesora de Universidad |
| M6* | Rural Montellano (Sevilla) | 46 | Medios | 1 hijo 1 hija | Española | Auxiliar de clínica |
| M7* | Rural Villafranca de los Barros (Badajoz) | 60 | Medios | 2 hijas | Española | Técnica en Turismo |
| M8 | Urbano (Sevilla) | 46 | Medios | No | Española | Auxiliar de clínica |
| M9 | Urbano (Sevilla) | 37 | Superiores | 2 hijas | Española | Enfermera |

| | | | | | | |
|--------------|---------------------------------|----|-----------------------------|-------------------|-----------|---|
| M10 | Urbano (Sevilla) | 48 | Medios | 1 hijo 2 hijas | Española | PAS ³²⁶ Universidad de Sevilla |
| M11* | Rural Gerena (Sevilla) | 84 | Sin Estudios | 2 hijos 1 hija | Española | Ama de casa |
| M12 | Urbano Potosí (Bolivia) | 53 | Superiores | 2 hijos | Boliviana | Limpiadora |
| M13* | Rural Cartaya (Huelva) | 40 | Medios | 1 hija | Española | Azafata de vuelo |
| M14 | Urbano (Sevilla) | 36 | Superiores | 1 hija | Española | Responsable de calidad |
| M 15 | Urbano (Sevilla) | 56 | Superiores | 1 hijo 1 hija | Española | Matrona |
| M 16* | Rural Manzanilla (Huelva) | 23 | Estudiante Universitaria | No | Española | Estudiante |
| M 17 | Rural Volinia (Ucrania) | 55 | Sin Estudios | 2 hijas | Ucraniana | Cuidadora |
| M 18 | Urbano (Sevilla) | 78 | Superiores | 6 hijos | Española | Ama de casa |
| M 19 | Urbano (Rumania) | 35 | Sin Estudios | 1 hijo | Rumana | Cuidadora |
| M 20 | Rural (Saharai) | 24 | Estudiante Universitaria | No | Saharai | Estudiante |
| M 21 | Urbano (Sevilla) | 61 | Medios | 1 hijo | Española | Empresaria |
| M 22 | Urbano (Sevilla) | 77 | Sin estudios | 2 hijas 1 hijo | Española | Ama de casa |

³²⁶ Personal de Administración y Servicios.

| | | | | | | |
|-------------|---------------------|----|-----------------------------|----|----------|------------|
| M 23 | Urbano (Sevilla) | 19 | Estudiante Universitaria | No | Española | Estudiante |
| M 24 | Urbano (Sevilla) | 21 | Estudiante Universitaria | No | Española | Estudiante |

*Pueblos emergentes explicados en el apartado 4.3.4, Unidad de observación

[Fuente: Elaboración propia]

Para la captación de las participantes se utilizó el denominado *snowballing* o efecto bola de nieve. “Consiste en hacer un primer contacto que nos llevará a otro, y este a nuevos informantes, y así sucesivamente. El primer contacto puede ser casual o intencionado”³²⁷. En nuestro caso fue intencionado, como se explicó anteriormente.

4.4.1.4. Recogida de la información

Las entrevistas semiestructuradas se realizaron en diferentes escenarios: despacho y seminarios de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Sevilla, lugar de trabajo y en los domicilios particulares de algunas entrevistadas.

Las entrevistas tuvieron una duración de media de 45 minutos aproximadamente y en todo momento se intentó que hubiese un clima de intimidad y comodidad. Todas las entrevistas fueron realizadas por la investigadora, ya que al tratarse de un mundo de ideas, simbólico y muy subjetivo, se pretendía mantener la misma interpretación y captación del sentido y significado. Todas transcurrieron en un clima de cordialidad. Para proteger el anonimato nos referiremos a ellas con la letra M de mujer.

En el inicio de cada entrevista, tras una presentación personal, se realizó una presentación de los objetivos de la investigación, uso de la información y anonimato para proteger a las participantes en el estudio y respetar así las normas éticas de la investigación. Realizaron previamente un consentimiento informado verbal. Todas las entrevistas fueron grabadas en soporte audio y posteriormente transcritas literalmente por la investigadora. Las entrevistas se realizaron entre marzo de 2008 y diciembre de 2011. Se trató en todo momento de ser sensible al lenguaje y conceptos utilizados por las personas entrevistadas, siguiendo el guión de la entrevista (véase ANEXO II)

³²⁷ Antonio Trinidad, Virginia Carrero, Rosa M^a Soriano. “Teoría Fundamentada “Grounded Theory”, La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional”. *Colección <<Cuadernos metodológicos>>*, NUM.37, Centro de Investigaciones Sociológicas; Madrid: 2006.

La información que se obtuvo fue transcrita inmediatamente después de cada entrevista por la investigadora de forma literal. Las transcripciones literales “implican un recorrido literal por lo enunciado y también por su lenguaje analógico (las risas, los silencios, las entonaciones, las expresiones dubitativas, los puntos suspensivos, hasta el paréntesis “no se entiende”). Es muy importante contar con una buena transcripción que recoja ambos lenguajes de la forma más exhaustiva posible”³²⁸ y así conseguir un análisis de contenido amplio y rico.

4.4.2. Los grupos focales

Siguiendo a María del Mar García Calvente³²⁹, el grupo de discusión está diseñado para analizar los lugares comunes de un grupo de personas que, situadas en un contexto discursivo (conversación), tienden a representar discursos más o menos “tópicos” de los grupos sociales a los que pertenecen.

En contraste, en la entrevista en grupo prevalece el punto de vista personal, por tanto se escucha en grupo, pero se habla como entrevistado/a singular.

La incorporación de la técnica del grupo focal a la investigación y evaluación en salud es muy reciente, sin embargo, se está empezando a utilizar muchísimo en este campo. El grupo focal constituye una técnica especial, dentro de la más amplia categoría de entrevista grupal, cuya característica es el uso explícito de la interacción para producir datos que serían menos accesibles sin la interacción en grupo. El fundamento de esta técnica es que las actitudes y los puntos de vista sobre un determinado fenómeno o acontecimiento no se desarrollan aisladamente, sino en interacción con otras personas. El grupo focal es “una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo y no directivo”³³⁰. A diferencia de las técnicas grupales de consenso (por ejemplo: grupo nominal, técnica Delphi) mediante las que se pretende llegar a acuerdos, el propósito fundamental del grupo focal es comprender el porqué y el cómo las personas piensan o sienten de la manera que lo hacen.

³²⁸ Soledad Murillo, Luis Mena. *Detectives y camaleones: el grupo de discusión. Una propuesta para la investigación cualitativa*. Madrid: Talasa; 2006. p. 111.

³²⁹ M^a del Mar García Calvente, I. Rodríguez Mateo. *El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica*. Atención Primaria, 2000.

³³⁰ *Ibidem*.

En esta investigación se ha empleado como técnica para obtener información junto a las entrevistas semiestructuradas.

Se realizaron tres grupos focales, que se estructuraron según unos criterios mínimos de homogeneidad y de heterogeneidad.

Se procuró crear grupos simétricos, con unos elementos mínimos de homogeneidad, de modo que se evitasen situaciones que dificultasen el discurso del conjunto del grupo (diferencias de saber, de poder, edad)³³¹, y aprovechar las experiencias comunes, estableciéndose como tales:

GRUPO 1:

- Edad: mujeres de mediana edad³³² (36-45 años, 46-55 años, 56-65 años). La media de edad de las participantes fue de 47 años
- Trabajadoras fuera de casa.
- Nacionalidad: todas españolas.
- Sexo: mujeres.

GRUPO 2:

- Edad: mujeres jóvenes (18-25 años, 26-35 años) La media de edad de las participantes fue de 20,7 años, ya que eran estudiantes universitarias de 2º curso de enfermería.
- Estudiantes universitarias.
- Nacionalidad: todas españolas.
- Sexo: mujeres.

GRUPO 3:

- Sexo: mujeres.

También se decidió potenciar las diferencias entre las participantes para que una excesiva homogeneidad no inhibiera el grupo. Se buscó la heterogeneidad para asegurar

³³¹ Soledad Murillo, Luis Mena. *op. cit.*, p. 80.

³³² Aunque hay una de 35 que sería considerada como joven en la clasificación.

la confrontación de hablas individuales, para construir distintas perspectivas y crear el consenso grupal. Se contemplaron como criterios de heterogeneidad:

GRUPO 1:

- Ámbito rural.
- Ámbito urbano.
- Nivel de estudios.
- Profesión.

GRUPO 2:

- Ámbito rural.
- Ámbito urbano.

GRUPO 3:

Grupo totalmente heterogéneo en relación a los criterios de edad, etnicidad, profesión y ámbito rural o urbano.

Tabla 9. Características generales de los grupos focales.

| GRUPO | Fecha de realización | Lugar | Nº de observadores | Duración (minutos) | Características |
|--------------|----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------|---|
| G1 | 30 octubre 2011 | Sindicato | 2 | 65:10 | Mujeres de mediana edad, trabajadoras fuera de casa. Ámbito rural y ámbito urbano. |
| G2 | 30 noviembre 2011 | Unidad docente | 1 | 70:05 | Mujeres jóvenes estudiantes universitarias. Ámbito rural y ámbito urbano. |
| G3 | 15 diciembre 2011 | Casa de una participante | 2 | 80:05 | Grupo heterogéneo en cuanto a edad, profesión, etnicidad, ámbito rural y ámbito urbano. |

[Fuente: Elaboración propia]

La duración de todos los grupos estuvo dentro de los límites previstos. Como en cualquier grupo de discusión no se buscó la representatividad estadística, sino la saturación estructural, que se define, según Rosa Casado, como “aquellas relaciones

sociales que garantizarán el acercamiento al universo simbólico del grupo, tipos sociales que representan una variable discursiva”³³³.

Presentamos a continuación un análisis más detallado de cada uno de los grupos, indicando las principales características:

Tabla 10. Características G1: mujeres de mediana edad trabajadoras fuera de casa (7 participantes)

| | CONTEXTO | EDAD | NIVEL DE ESTUDIOS | MATERNIDAD | NACIONALIDAD | PROFESIÓN |
|-------------|---|------|-------------------|------------|--------------|--------------------------------|
| M1G1 | Rural Lebrija (Sevilla) | 48 | Universitarios | Sí | Española | Funcionaria |
| M2G1 | Rural Lebrija (Sevilla) | 44 | Medios | Sí | Española | Operadora consola |
| M3G1 | Urbano (Sevilla) | 35 | Universitarios | Sí | Española | Agente de medio ambiente |
| M4G1 | Urbano (Sevilla) | 52 | Universitarios | Sí | Española | Bibliotecaria |
| M5G1 | Urbano (Sevilla) | 52 | Universitarios | Sí | Española | Pedagoga |
| M6G1 | Rural Alcalá de Guadaira (Sevilla) | 47 | Universitarios | No | Española | Funcionaria |
| M7G1 | Urbano (Sevilla) | 51 | Medios | Sí | Española | Auxiliar de clínica |

G1: Como se puede apreciar en la tabla anterior, este grupo estuvo integrado por mujeres de mediana edad. Aunque había una participante de 35, la media de edad del grupo 1 fue de 47 años. Ámbito rural y urbano de Sevilla. La mayoría eran mujeres con

³³³ Rosa Casado, *op.cit.*

hijos, aunque había una participante sin hijos. Todas eran de nacionalidad española y de diferentes niveles de estudio y profesiones.

**Tabla 11. Características G2: mujeres jóvenes estudiantes universitarias
(7 participantes)**

| | CONTEXTO | EDAD | NIVEL DE ESTUDIOS | MATERNIDAD | NACIONALIDAD | PROFESIÓN |
|-------------|---|------|---|------------|--------------|------------|
| M1G2 | Rural Villafranca de los Barros (Badajoz) | 19 | Bachiller | No | Española | Estudiante |
| M2G2 | Rural Dos Hermanas (Sevilla) | 19 | Bachiller | No | Española | Estudiante |
| M3G2 | Urbano (Sevilla) | 22 | Universi- tario (Diplomada en Magisterio) | No | Española | Estudiante |
| M4G2 | Rural La Luisiana (Sevilla) | 19 | Bachiller | No | Española | Estudiante |
| M5G2 | Rural Segura de León (Badajoz) | 19 | Bachiller | No | Española | Estudiante |
| M6G2 | Urbano Sevilla | 25 | Bachiller | No | Española | Estudiante |
| M7G2 | Urbano Sevilla | 22 | Bachiller | No | Española | Estudiante |

G2: Como se observa en la tabla anterior, este grupo estuvo integrado por mujeres jóvenes, con una media de edad de 20,7 años. Pertenecen al ámbito rural de la provincia de Sevilla y Badajoz, y al ámbito urbano de Sevilla capital. Todas son mujeres sin hijos ni hijas y de nacionalidad española. Son estudiantes universitarias de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.

**Tabla 12. Características G3. Heterogéneo en cuanto a edad y etnicidad.
(5 participantes)**

| | CONTEXTO | EDAD | NIVEL DE ESTUDIOS | MATERNIDAD | NACIONALIDAD | PROFESIÓN |
|-------------|------------------------------|------|-------------------|------------|--------------|-------------|
| M1G3 | Rural Écija (Sevilla) | 82 | Medios | Sí | Española | Ama de casa |
| M2G3 | Urbano (Sevilla) | 52 | Medios | No | Española | Secretaria |
| M3G3 | Urbano (Sevilla) | 48 | Medios | Sí | Española | Dependiente |
| M4G3 | Rural Rumana | 42 | Medios | Sí | Ucraniana | Cuidadora |
| M5G3 | Rural Cartaya (Huelva) | 35 | Universitarios | Sí | Española | Abogada |

G3: Este grupo es heterogéneo en cuanto a la edad, etnicidad, ambiente rural o urbano, nivel de estudios y profesión. Se realizó en la casa de una de las participantes.

Se realizaron tres grupos focales, siendo el mecanismo de captación diferente en cada uno.

El primero se dirigió a mujeres de mediana edad que trabajasen fuera de casa. Se acudió a un sindicato de Sevilla. La responsable del segmento de mujer del sindicato mencionado gestionó la conformación del grupo. Mandó mediante correo electrónico a la base de datos de afiliados/as la carta de invitación que previamente le había mandado la investigadora, en la que se les explicaba en qué consistía la investigación e

invitándolas a participar, señalándoles la fecha y la hora de la realización del mismo (véase ANEXO III). Se le prestó mucha atención a la carta de invitación, ya que la información que los/las participantes reciben anticipadamente sobre el contenido de la reunión resulta clave para la buena marcha de la sesión del grupo³³⁴.

El segundo se realizó entre mujeres estudiantes universitarias de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. Gestionó la conformación del grupo la propia investigadora. Se mandó igualmente la carta de invitación al grupo focal por correo electrónico a dos grupos de prácticas de la asignatura de “Enfermería de la Salud Reproductiva”, Grupo 8 y Grupo 10 del curso académico 2011/2012, de la que era tutora la doctoranda, invitando a participar a las que estuvieran interesadas³³⁵. En este primer e-mail de invitación no se cerró la fecha de realización del grupo, ya que como iba dirigido a alumnas de distintos grupos de prácticas, con diferentes horarios, se prefirió consensuar entre las que quisieran participar la fecha y el horario que mejor les viniese por sus circunstancias académicas de clases, prácticas, seminarios, etc. Confirmaron ocho su asistencia, y entre todas se acordó la fecha del 30 de noviembre a las 18 horas (véanse ANEXOS IV y V).

El tercero se realizó invitando por teléfono a las mujeres, ya que era heterogéneo en cuanto a edad y etnicidad. También lo gestionó la doctoranda.

A todas las participantes se les gratificó por su participación con un obsequio al final del mismo.

4.4.2.1. Desarrollo de los grupos

Las reuniones tuvieron una duración de 65:10 hasta 80 minutos, en horario de tarde.

El ámbito seleccionado fue, para el grupo de mujeres de mediana edad G1, una dependencia de un sindicato sevillano que puso gentilmente a disposición de la investigadora la responsable del mismo. Se trataba de un lugar cómodo, agradable y sin ruidos. Duró 65:10 minutos y se realizó el 20 de octubre de 2011. Se ausentó en el

³³⁴ Soledad Murillo, Luis Mena, *op. cit.*, p. 105.

³³⁵ Entre estos dos grupos de prácticas solo estaba matriculado un alumno, al que no se le mandó el mail por no formar parte del perfil por razón de sexo pero se le invitó a participar como observador para que viese la técnica “en vivo”, pero finalmente no pudo asistir.

último momento una de las mujeres que habían confirmado su asistencia, precisamente la responsable de la sección de mujer del sindicato, por enfermedad.

El G2 se realizó en el seminario de Enfermería Materno-Infantil de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, de la Universidad de Sevilla. Duró 61:05 minutos y se realizó el 30 de noviembre de 2011. También se consiguió un ambiente agradable facilitador del discurso. En este grupo también hubo en el último momento una baja por motivos familiares.

El G3 se realizó en la casa de una de las mujeres el 15 de diciembre de 2011 y duró 80:05 minutos. Al igual que en los anteriores grupos, se consiguió un ambiente agradable, cómodo y facilitador del discurso. No pudieron asistir tres mujeres que habían confirmado asistencia por motivos laborales de última hora.

En los tres grupos se pusieron los asientos en círculos para intentar conseguir un clima de cordialidad y la moderadora de los tres grupos, en este caso, la doctoranda, se colocó entre las participantes, sentada en una silla para facilitar relaciones de igualdad.

Con todos los grupos se siguió el mismo guión temático (véase ANEXO VI). Dicho guión recoge las etapas principales del ciclo vital femenino, menstruación, embarazo y lactancia materna y menopausia. Fue diseñado específicamente para esta investigación. Se realizó con anterioridad una prueba piloto con un grupo externo, con la finalidad de ajustar los tiempos aconsejados para los grupos focales (una o dos horas)³³⁶.

Para recoger la información, las sesiones fueron grabadas con videocámara previo consentimiento informado.

En cada grupo focal estuvo presente una moderadora, la propia investigadora, con experiencia en el manejo de técnicas grupales, y un observador en el caso del G1 y G3, encargado de anotar todas las incidencias e impresiones derivadas de la interacción entre las participantes, así como de encargarse de la colocación y supervisión de los medios audiovisuales.

Tras la finalización de cada grupo³³⁷, se reunían la investigadora y el observador para compartir impresiones sobre el grupo. Se anotaron las principales líneas de

³³⁶ Luz M Arboleda. "El grupo de discusión como aproximación metodológica en investigaciones cualitativas". *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*.2008;26(1): 69-77.

³³⁷ En el grupo 2 no se pudieron compartir impresiones sobre el grupo porque asistió la investigadora sola, pero recogió todo lo referente al ambiente, dinámica, tonos, posturas... igualmente, dejándolo reflejado.

consenso y las diferencias surgidas entre los participantes, el ambiente, la dinámica, el grado de participación de las mujeres, la postura corporal, los silencios, las aportaciones de cada una y los temas más relevantes para el objeto de la investigación. Las anotaciones fueron revisadas y utilizadas como trabajo de campo en el análisis de contenido.

Las videgrabaciones fueron transcritas por la doctoranda, lo que le ayudó a familiarizarse con el lenguaje y con las ideas y preocupaciones reflejadas por las mujeres. Ninguna persona ajena a la investigación vio las cintas, para respetar la confidencialidad.

El contenido de los grupos quedó reflejado en sus transcripciones. Las transcripciones fueron literales, respetando tanto lo enunciado como el lenguaje analógico (risas, silencios, entonaciones...). Un segundo investigador revisó las transcripciones para repasar los fragmentos de difícil audición.

4.5. ANÁLISIS DE CONTENIDO

El análisis de la información se realizó siguiendo los pasos propuestos por la Teoría Fundamentada (Grounded Theory), ampliamente probada y utilizada en el análisis de la información cualitativa.

Tras la recolección de datos empíricos, se procedió a la codificación o análisis de los datos. “La codificación o análisis es un procedimiento a través del cual los datos recolectados son reordenados, relacionados y conceptualizados”.³³⁸

Se realizó una preparación de los datos cualitativos, segmentación de los datos, codificación y agrupación de los códigos en familia.

La finalización de una entrevista daba paso de manera constante a una nueva codificación, la cual era abierta siguiendo el modelo de concepto-indicador³³⁹.

Tras el análisis de estos datos iniciales, el investigador/a puede codificarlos, garantizando así el movimiento “constante de idas y venidas”, lo que se define como

³³⁸ Soãres de Lima Suzinara Beatriz, Luzia Leite Joséte, Erdmann Alacoque Lorenzini, Giacomelli Prochnow Adelina, Andrade Conceição Stipp Marluci, Real Lima García Vera Regina.” La Teoría Fundamentada en Datos: Un camino a la investigación en enfermería”. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 19 enero 2012] ; 19(1): 55-59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000100012>.

³³⁹ *Ibidem*.

análisis comparativo, hasta que se alcance la saturación teórica y se obtenga la teoría sustantiva.³⁴⁰

Este primer momento se define como codificación abierta. En esta etapa de codificación de los datos la investigadora analizó los datos transcritos línea a línea, estableciendo códigos que ilustraran el sentido de lo que fue transcrito, usando en la medida de lo posible las propias palabras de las entrevistadas. Incluso se respetaron expresiones muy significativas de algunas informantes de forma literal que reflejaban de manera muy exhaustiva sus creencias y posicionamientos, en lo que se conoce como “código en vivo”. Esta etapa fue muy tediosa y laboriosa, ya que el análisis, al ser tan meticuloso y trabajar con tantísimo volumen de datos (veinticuatro entrevistas semiestructuradas y tres grupos de discusión más los cuadernos de campo), hacía muy arduo el análisis. Además, como se ha explicado anteriormente, el muestreo era teórico, a medida que se recolectaba, analizaba y codificaba los datos se decidía dónde se tenía que recolectar a continuación y dónde encontrarlos, con el fin de ir desplegando la teoría que va emergiendo. Es lo que algunos/as autores definen como análisis en espiral.

Las experiencias de las mujeres, sus creencias, su vida, se iban analizando y comparando incidente a incidente, incidente a concepto y concepto a concepto, obteniendo de esta forma la saturación de códigos. Entre otros códigos, iba emergiendo con fuerza los miedos de las mujeres, la falta de conocimiento y de información con respecto a sus propios cuerpos y a la salud reproductiva, así como las superaciones personales y las estrategias para lograrlo. El proceso de codificación se hizo coincidir la fase de análisis con el trabajo de campo, haciendo comparación constante para posibilitar el éxito en la codificación.

Este proceso no es lineal, el análisis y la codificación de los incidentes encontrados en los datos se produjeron de forma circular, era un constante ir y venir de los datos, de manera continua se intentaba hallar regularidades, semejanzas y diferencias en los discursos de las diferentes mujeres para ver qué pensaban y cómo vivían los ciclos vitales.

Después de la codificación de datos se pasó a la categorización, donde se compararon los códigos por semejanzas y diferencias y se fueron agrupando por categorías de códigos. “Se resalta que crear categorías significa agrupar conceptos por

³⁴⁰ *Ibidem.*

semejanzas, o sea, clasificarlos porque representan una misma clase de fenómeno, posibilitando el trabajo analítico que demanda abstracciones cada vez mayores. Las categorías tienen un gran poder conceptual porque son capaces de abarcar otros grupos de conceptos o subcategorías”.³⁴¹

Por último, en esta primera etapa se produjo la construcción de conceptos. Se fueron agrupando las categorías y comparando con los datos a medida que iban siendo obtenidos. Iba guiando la selección la importancia de los eventos según el contexto estudiado. El segundo momento de la codificación, llamado axial, es cuando se forman y desarrollan los conceptos y el investigador/a “busca expandir y densificar la teoría que comienza a emerger”³⁴². El proceso de codificación concluyó con una lista aproximada de cuatrocientos códigos iniciales (véase Anexo VII). Se partía de la premisa de que una categoría puede contener distintas subcategorías que conforman propiedades y condiciones que caracterizan a la categoría de la que provienen.

Los códigos se agruparon en familias de códigos. Los códigos en un primer momento eran sustantivos, conceptualizaban la substancia empírica del área de investigación³⁴³. Las categorías de análisis fueron las creencias, los miedos, las estrategias, las prohibiciones y las expresiones populares. Aunque todas estas categorías están relacionadas, en el análisis se presentarán por separado.

A continuación se pasó a la codificación axial, segundo momento de la codificación, que consistió en los procedimientos que detallamos a continuación.

Mediante la reducción se fueron identificando las categorías para encontrar correlaciones entre ellas. La lista de códigos empezó a disminuir mientras se iban construyendo categorías. Al mismo tiempo se renombraban algunos códigos, se agrupaban entre ellos o se eliminaban, lo que provocó la aparición de numerosas familias que posibilitó que se pudiera trabajar de un modo más conceptual. En este momento todavía se estaba combinando el trabajo de campo con la codificación y análisis. Llegados a este punto se presentan las familias que empezaban a emerger. (Véase Anexo VIII).

³⁴¹ *Ibidem.*

³⁴² *Ibidem.*

³⁴³ *Ibidem.*

1. Fuente de información de la menarquia.
2. Embarazo, parto y puerperio.
3. Estrategias lactancia materna.
4. Miedos en la lactancia materna.
5. Creencias sobre la menopausia.
6. Creencias sobre la menarquia.
7. Expresiones populares.
8. Actitudes.
9. Creencias sobre la menstruación.
10. Miedos en la menstruación.
11. Prohibiciones durante la menstruación.
12. Estrategias en la menstruación.
13. Embarazo.
14. Miedos relacionados con la higiene.

El siguiente paso fue el muestreo selectivo de datos, mediante el cual la investigadora realizó la búsqueda de datos complementarios limitando las propiedades de las principales categorías. A continuación, se realizó el muestreo selectivo de literatura para, como indican algunos autores/as, “explicar la teoría emergente y no para construirla”³⁴⁴ (Véase Anexo X).

Con mucha fuerza aparece la idea de miedo en las mujeres y también de desconocimiento unido a un gran tabú. Todo este proceso favoreció la emergencia de códigos *in vivo* como “yo es que era muy tonta”, “a mí nadie me había dicho nada”, “eso era muy malo”, y uno que ha resultado ser central para la investigación: “en el pueblo había una mujer que se volvió loca” o uno parecido de otra informante “en Montellano había una mujer que...”. Asimismo iba emergiendo con fuerza en los códigos la idea de “tema tabú”. Paralelo al proceso de codificación, la investigadora fue escribiendo *memos* en un cuaderno de campo donde quedaban reflejados sus impresiones, reflexiones, cuestiones teóricas, preguntas, códigos y categorías. Los *memos* son una pieza muy importante para la construcción y generación de teorías, ya que ayudan a establecer las relaciones entre categorías, las propiedades y los posibles criterios de selección de

³⁴⁴ *Ibidem*.

nuevos participantes que aporten datos novedosos y ayuden a que se siga desarrollando la teoría. Los *memos* ayudan también a incrementar el nivel conceptual de la teoría.

En este caso es importante señalar que el uso de un software específico de datos permitió ordenar toda la información, codificar, almacenar categorías, etc., lo que ayudó muchísimo al análisis. El análisis de contenido de las entrevistas en profundidad se realizó mediante el software Atlas-Ti Version 5.0 con licencia (Véase Anexo XI). Posteriormente se realizó el análisis de los grupos de discusión que se realizó de manera manual por la investigadora, coincidiendo las mismas categorías de análisis con las obtenidas en las entrevistas semiestructuradas; obteniéndose por tanto la triangulación de técnicas.

Otro concepto importante en la Teoría Fundamentada es la *sensibilidad teórica*, que es la capacidad de comprender y separar lo que es importante de lo que no lo es. Requiere interactuar continuamente con los datos “en vez de elaborar hipótesis respecto a posibles resultados y suspender sus juicios hasta que los datos estén analizados”³⁴⁵.

En primer lugar enumeramos las categorías previas (CP) y emergentes (CE):

1. Tabú (CE)
2. Desconocimiento (CE)
3. Menarquía (CE)
4. Expresiones populares (CP)
5. Creencias (CP)
6. Prohibiciones (CP)
7. Miedos (CE)
8. Estrategias (CP)
9. Embarazo (CP)
10. Partos en casa (CE)
11. Menstruación (CP)
12. Parto (CP)
13. Puerperio (CE)
14. Lactancia Materna (CP)
15. Menopausia (CP)

³⁴⁵ *Ibidem*.

Las categorías emergentes hacen reconsiderar la estructura de la categorización al ir descubriendo la trama de relaciones entre ellas, quedando los siguientes árboles de categorías que a continuación en el siguiente capítulo se presentan.

Por último señalar que en este estudio ha participado un grupo de investigadoras que ha posibilitado realizar una triangulación tanto de investigadoras como de visiones disciplinares en la comprensión del objeto de estudio, entrando en juego los Estudios de las Mujeres y de Género, la Historia y Teoría de la Educación, la Enfermería y la Antropología Social y Cultural.

La triangulación de las diferentes fuentes y técnicas (entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión) se ha realizado también con la ayuda del programa informático Atlas.ti. A partir de cada uno de los documentos analizados (notas del cuaderno de campo, transcripciones literales de las entrevistas y grupos de discusión) se ha trabajado relacionándolos con las categorías y entrecruzándolos con la bibliografía.

5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. INTRODUCCIÓN

En las entrevistas y en los grupos de discusión realizados y analizados en la investigación aparecen testimonios muy interesantes que reflejan las experiencias vividas por mujeres de medio rural y de medio urbano sobre sus ciclos vitales: ideas, creencias y miedos relacionados con la etapa fértil y con la no fértil; sobre las prácticas, los beneficios y las estrategias utilizadas en relación a la salud y a la enfermedad. Mujeres del mundo rural, hábitat que según Benjamín García-Sanz³⁴⁶ está determinado por “la población adscrita a un espacio, a un lugar, en el que a lo largo de los años se ha forjado una tradición, una cultura, una forma de relación”. Población que tiene la experiencia de haber vivido en una relación muy fuerte con su territorio y muchas veces dependiendo de él, creando de esta forma importantes elementos de homogeneidad e identidad entre sus habitantes³⁴⁷.

³⁴⁶ Benjamín García Sanz. *La sociedad rural ante el siglo XXI*, *op.cit.*, p. 55.

³⁴⁷ *Ibidem*.

En este contexto, la mayoría de las ideas y creencias acerca de la salud reproductiva de las mujeres son transmitidas de forma oral en el seno de las familias. Y aunque las fuentes orales siempre han sido tomadas con precaución se han utilizado desde el principio de la historia en la construcción del saber, del conocimiento, de la ciencia. De hecho, los mitos, los ritos, las costumbres y la cultura material eran los únicos medios para la transmisión de información de una generación a otra antes del desarrollo de la escritura. Se define como tradición oral a la forma de transmitir desde tiempo inmemorial la cultura, la experiencia y las tradiciones de una sociedad a través de relatos, cantos, oraciones, leyendas, fábulas, conjuros, mitos, cuentos, etc. Se transmite de padres a hijos/as, de madres a hijos/as, de generación adulta a generación joven, llegando hasta nuestros días, y tiene como función primordial la de conservar los conocimientos ancestrales a través de los tiempos.

En la investigación que se presenta se ha buscado conocer las creencias de las informantes acerca del ciclo vital femenino, haciendo comparación entre las creencias de las mujeres de medio rural y de medio urbano, por si el territorio pudiese influir en las creencias y actitudes, así como comparando las diferentes generaciones de mujeres estudiadas. De estas entrevistas surgieron ideas asombrosas acerca de los ciclos vitales femeninos, sobre todo las relacionadas con la sangre menstrual y la lactancia, comprobando que se repiten en muchas mujeres, algo que nos ha sorprendido por lo inverosímil de las que todavía hoy se mantienen. La sorpresa fue que gran parte de estas creencias se repetían en muchos de los testimonios de las mujeres de los distintos ámbitos estudiados: de medio urbano y de medio rural, de diferentes generaciones y de diferentes posiciones.

Con respecto a las entrevistas, podemos afirmar que todas las mujeres disfrutaron con la misma pareciéndole bonita y emotiva, ya que recordaban tiempos de su infancia y adolescencia y les hacía recordar a sus madres, abuelas o a otras mujeres importantes en sus vidas, ya que todas estas creencias son transmitidas de forma oral en el seno de las familias, como se ha tenido ocasión de ilustrar con anterioridad. Algunas entrevistadas se acordaban de todos los detalles de sus diferentes etapas perfectamente y otras tenían que hacer memoria. Fue común que terminando la entrevista se acordaran de más creencias o que quisieran hacer a la investigadora algún comentario que habían olvidado y que querían reflejar, por lo que se tenía que volver a grabar en otro archivo.

Asimismo hay que señalar que en casi todas las entrevistadas es común un halo de vergüenza al hablar estos aspectos relacionados con la salud reproductiva, por lo que la investigadora tuvo que ganarse la confianza para que las mujeres hablaran de estos temas íntimos y personales. Algunas ideas y creencias creaban en las mujeres incluso vergüenza de haberlas seguido. Otras se presentaban confusas a lo largo de la entrevista, como si al escuchar de su propia voz las creencias y actitudes que habían seguido durante décadas, les resultase ridículo y vergonzante (incluso a veces dependiendo de qué creencia, humillante). Fueron especialmente difíciles las entrevistas con las mujeres de nacionalidad ucraniana y rumana, no por el idioma, ya que las dos hablaban con relativa fluidez el español, sino por el tema de la investigación en sí, con el que no se sentían cómodas. Aunque en un principio estas mujeres mantuviesen las distancias y contestasen con frialdad y monosílabos, poco a poco fueron abriéndose y contaron unos testimonios riquísimos. Especialmente difícil fue la entrevista a la informante rumana, a la cual el tema de la menstruación le repugnaba; de hecho sus testimonios están cargados de connotaciones negativas, que asociaban la menstruación a impureza y suciedad.

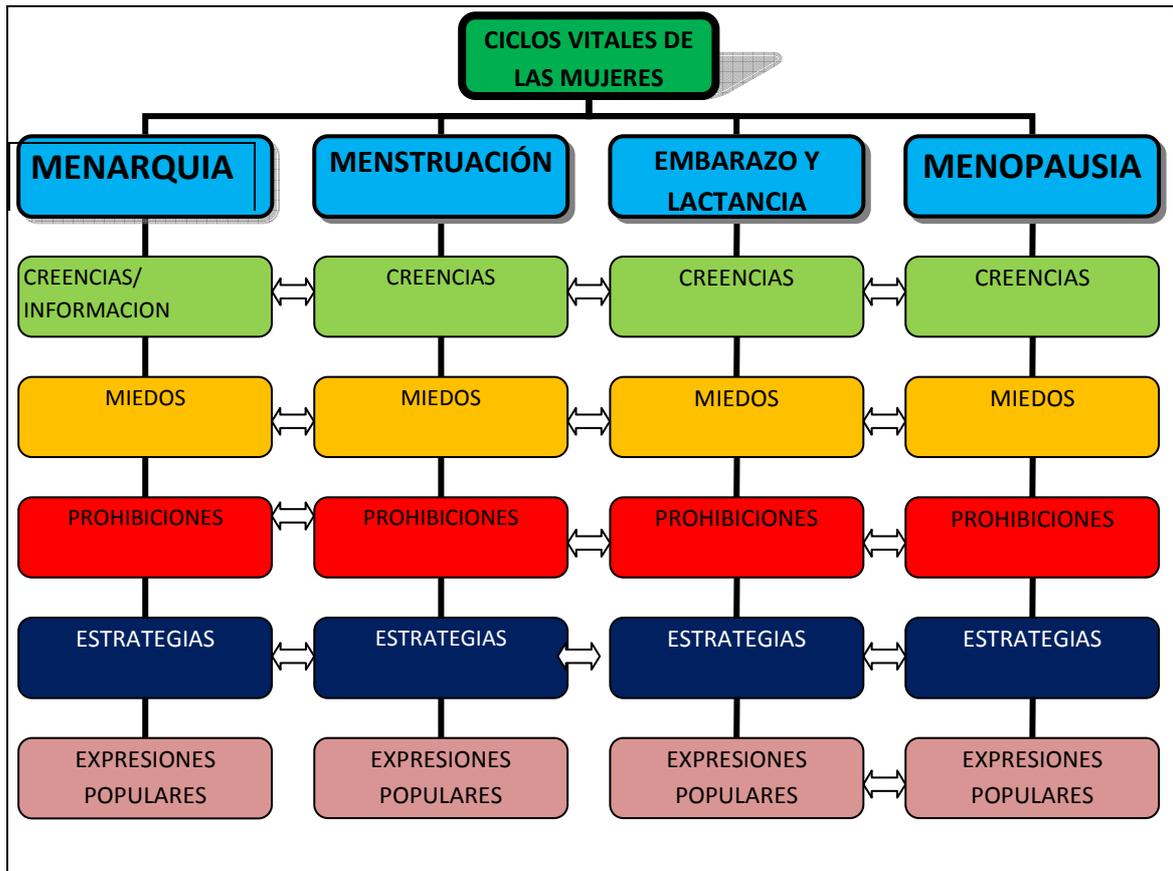
Con respecto a los grupos focales señalar, que aunque se llevase el mismo guión establecido a los tres grupos (véase Anexo VI), el de las mujeres jóvenes giró en torno a la menarquia y al tabú de la menstruación, así como con las prohibiciones derivadas de la menstruación. Los temas de embarazo y menopausia según indicaron las informantes les resultaban lejanos; de hecho las referencias con respecto a la menopausia las hacen en función de cómo la viven sus madres u otras mujeres de su entorno. Sin embargo, el grupo de mujeres de mediana edad gira principalmente con respecto a la menopausia; aunque se toca el tema de la menarquia y menstruación y de hecho se obtienen testimonios riquísimos y fundamentales para la investigación, la mayor parte del tiempo gira en función a las distintas vivencias y posiciones que con respecto a la menopausia tienen las asistentes al grupo, a sus inquietudes y demandas. De hecho, según refirieron al finalizar el mismo, esta experiencia de grupo focal les había servido a muchas como terapia, para expresar sentimientos, emociones y temores que tenían interiorizados y que necesitaban compartirlos con otras mujeres que habían pasado o estaban pasando por la misma situación. Por último, señalar que con respecto al tercer grupo, al ser heterogéneo con respecto a la edad, nacionalidad y profesión de las informantes, hubo temas que crearon polémicas y discusión entre las asistentes,

teniendo incluso que intervenir la entrevistadora; como por ejemplo los relacionados con la sangre menstrual como impura y la prohibición de entrar en misa de la informante rumana de cuarenta y dos años, a lo que la informante española de ochenta y dos le decía que “*¡qué barbaridad, eso va contra natura, es algo fisiológico y natural!*”.

Los testimonios de las mujeres que se recogieron a lo largo de las entrevistas se fueron organizando posteriormente según las etapas del ciclo vital, con las variables y las familias obtenidas a través de un programa informático, de análisis de datos cualitativos, como se tuvo la oportunidad de exponer en el capítulo anterior.

El proceso de codificación concluyó con una lista aproximada de cuatrocientos códigos iniciales (Véase Anexo VII). Se partía de la premisa de que una categoría puede contener distintas subcategorías, que a su vez conforman propiedades y condiciones que caracterizan a la categoría de la que provienen. Los códigos se agruparon en familias de códigos, resultando las categorías de análisis las creencias, los miedos, las estrategias, las prohibiciones y las expresiones populares (Véase Anexo X). Aunque todas estas categorías aparecen relacionadas como se explica en la figura 2, anteriormente incluida, en el análisis se presentarán por separado.

Figura 4. Categorías de análisis



[Fuente: Elaboración propia]

Se reflejan en la figura 2 las etapas del ciclo vital femenino (menarquia, menstruación, embarazo, parto, lactancia materna y menopausia) con las cinco categorías de análisis resultantes (creencias, miedos, prohibiciones, estrategias y expresiones populares). Los discursos de las informantes que apoyan las ideas se presentan utilizando entre paréntesis la letra M por motivos de anonimato, seguido del número que ocupa en la tabla nº X donde se muestra el perfil de las entrevistas, o en el grupo de discusión, en cuyo caso aparecería la letra G con el número de grupo. Por último es necesario señalar que se ha creído muy importante indicar la edad y el medio en el que ha vivido cada informante, por lo que también se indican entre paréntesis.

A continuación se pasará al análisis de las diferentes etapas del ciclo vital femenino según los testimonios, la experiencia y la “propia voz” de las informantes. Se ilustrará:

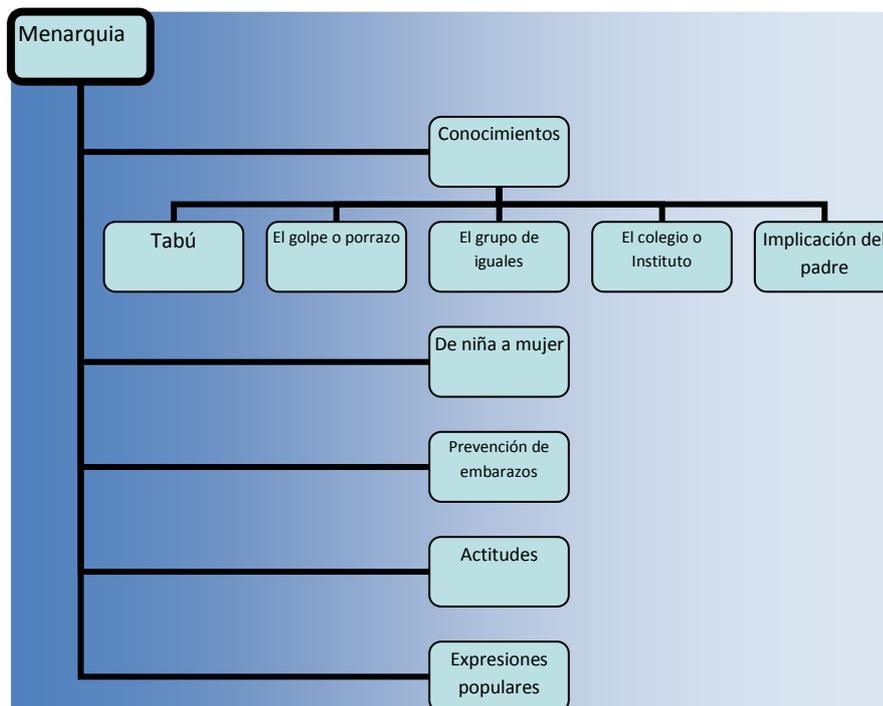
- La menarquia
- La menstruación

- El embarazo, parto, puerperio y lactancia materna
- La menopausia

5.2. MENARQUIA

Es la primera menstruación de la mujer. Autoras como Victoria Sau la definen como el “fenómeno fisiológico por el cual se hace ostensible que la niña ha llegado a la maduración física necesaria para procrear hijos si así lo deseara”³⁴⁸. Aunque forma parte del hecho biológico de la menstruación, tras el análisis de los discursos se aprecia que la menarquia tiene mucha importancia en la vida de las informantes y que es una etapa cargada de sentimientos y emociones ambivalentes en muchos casos, como se explicará a continuación y se refleja en la figura 4.

Figura 5. Representaciones sobre la menarquia



[Fuente: Elaboración propia]

³⁴⁸ Victoria Sau. *op cit.*, p.195.

Por esta razón, tiene un peso muy importante en la vida de las entrevistadas que trasciende del mero hecho fisiológico de la primera menstruación, cargada de simbología en los testimonios y con diferentes aspectos y matices que se analizarán en los siguientes apartados. De hecho, la menarquía va a suponer la puerta de entrada a la etapa fértil, el paso de niña a mujer, teniendo mucha más importancia culturalmente por lo que simboliza, “el hacerse mujer”, que por el hecho fisiológico en sí de la primera menstruación.

5.2.1. Tabú entre madres e hijas

De acuerdo con Mary Douglas, los tabúes dependen de complicidad de toda la comunidad. Por tanto, para su estudio hay que observar las creencias que lo sustenten.³⁴⁹ Para Mary Douglas “el tabú es una práctica de codificación espontánea que establece un vocabulario de límites espaciales y señales físicas y verbales para cercar las relaciones vulnerables. Amenaza con peligros específicos si el código no es respetado”.³⁵⁰

Para empezar a analizar los testimonios con respecto a la menarquía se debe partir de la idea de que los temas relacionados con la menstruación eran considerados tabú³⁵¹ en la comunicación entre muchas madres e hijas³⁵² y, según se ha recogido en la investigación, lo siguen siendo en muchas familias en pleno siglo XXI. En general, todo lo que ha rodeado a la menstruación ha sido un tema oscuro, secreto, con connotaciones de suciedad, que no era “agradable” de hablar en las casas según nos refieren las informantes y, cuando se comentaba, era más por el grupo de iguales (hermanas, amigas, primas etc.) que por las madres. Sin embargo, sí se observan varios testimonios en los que son las abuelas, y no las madres, las que informaban de este hecho. Por supuesto, los hombres ni hablaban del tema con sus hijas; si no lo hacían ni las madres, todavía menos los padres. Existía la sensación de tener que mantenerlo como oculto, como si fuese algo de lo que tener que avergonzarse.

³⁴⁹ Mary Douglas. *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión: 2007. p. 11.

³⁵⁰ *Ibid.* p. 12.

³⁵¹ Karen Houppert. *La menstruación: desmontando el último tabú femenino*. Madrid: Juventud; 2000.

³⁵² Carme Valls-Llobet, “La menstruació: de la invisibilitat a la abolició”, *Duoda*, 31, 2006, pp.71-84.

➤ *A mí no me hablaba nadie, no se decía nada del periodo. (M11.R.84)*

Este tabú existente con respecto a la menarquia y a la menstruación en general lo reflejan testimonios como los siguientes, en los que las propias informantes utilizan el término “tabú” para expresar lo que ellas vivieron con respecto a la menarquia y menstruación:

➤ *Eso era antes tabú, vaya ¡para nada! (M10.U.48A)*

➤ *Yo me crié en una casa de mujeres, entonces los tabúes lo eran todo, todo era un tabú, ¡todo!; mujeres que se criaron en una posguerra pura y dura. Mi madre nació en el 36, mi tía que era soltera era la que más tabúes tenía; al principio todas estas creencias te las “vas tragando”; ya cuando tienes más cabeza pues las vas descartando, y tú te vas buscando el camino de lo que vale y no vale. (M6.G1.U.47)*

Se aprecia en las diferentes generaciones que no se hablaba de la menstruación; al contrario, era algo muy reservado, un tema tabú, que incluso se ocultaba. Testimonios con referencia al tabú se repiten en mujeres de todas las edades y tanto de medio rural como de medio urbano:

➤ *Yo no sabía nada. (M16.R.23)*

➤ *A mí nada; nula totalmente³⁵³. (M7.R.60)*

➤ *Mi madre no me dijo nada ni me advirtió, ni “te va a pasar esto” ni nada. (M9.U.37)*

Una de las informantes refiere que estudió en un colegio de monjas y que ni en su casa su madre ni en el colegio las monjas le habían hablado y explicado aspectos relacionados con la menstruación:

³⁵³ Se refiere la informante a que no le daban ninguna información sobre salud reproductiva, por lo que estaba como “anulada” y no tenía conciencia acerca de su propio cuerpo y del “ser mujer”.

- *Nada, nada, y yo en un colegio de monjas, ¡pues era todo tabú!, las monjas nada. (M7.R.60)*

El mantenimiento de estas actitudes se reforzaba por la religión, la cultura popular, los medios de comunicación y la educación familiar.³⁵⁴

- *Yo lo escuchaba en mi casa -¡Ay, pues fulanita se ha hecho mujer!- Escuchabas a mi madre con las vecinas. Y ves unos trapitos llenos de sangre, y tú ya atabas hilos y pensabas, pues esto tiene que ser la menstruación, la regla, hasta que te llega a ti. (M7.R.60)*
- *En mi tiempo no se hablaba nada, la madre también estaba un poquito con vergüenza, después me enseñó todo, me explicó todo mi abuela- ¿tu abuela?- sí, porque yo vivía con ella y ella y cuando yo tenía trece años o así mi abuela dice que “tienes que esperar a eso”. Cuando yo tenía a mis hijas yo todo explicaba. (M17.UCRANIANA.55)*
- *No, yo nunca lo he hablado, nunca, así ya, cuando yo me puse la primera vez malita y eso, ya sabía que eso era todos los meses y tal, pero no teníamos como hoy se habla, tú sabes, que hay otro tipo de educación. (M21.U.61)*

Sin embargo, es curioso comprobar que en las mujeres de menos de veinticinco años entrevistadas, también sigue siendo un tema tabú para muchas de ellas, ya que sus madres no lo han hablado de forma natural con ellas. Se aprecia tanto en el grupo de discusión como en las entrevistas en profundidad.

- *Yo creo que lo sabía pero no por mi madre, a lo mejor por lo que estudias en el colegio, en la tele, pero no por mi madre. Yo el día que me puse se lo dije a mi madre y le dije - ¡mamá, tengo las braguitas manchadas!- Y ese día no pasó nada, pero ya al otro, ¡estaba la niña con la regla! (M5G2.R.19)*
- *Yo lo sabía porque alguna amiga mía le había venido antes que a mí, más prontito, y entonces le había pasado algo con la regla me decían ¡vente conmigo al servicio que me voy a*

³⁵⁴ Rosario Pérez et al. “Efectos de la información acerca del ciclo menstrual sobre las actitudes hacia la menstruación”. *Psicotherma*, 1995, vol. 7, n°2, pp. 297-308.

poner la compresa! Y entonces así lo fui conociendo yo, pero por mi casa no.
(M3G2.U.22)

- *Yo antes vivía con mi abuela y eso era un tabú, vamos, yo no sabía que existían esas cosas antes. Claro, yo pregunté, porque yo vivía con mi abuela, porque yo soy huérfana de madre, entonces me empezó mi abuela a contar que eso era cosa de las muchachas, pero yo antes, de chica, nada. (M16.R.23)*

Destaca, por tanto, que un hecho tan importante en la vida de las niñas siga estando rodeado de misterio y ocultamiento por sus propias madres y familiares en general. Se observa que muchas de las niñas que lo vivieron como tabú están más susceptibles e influenciadas y conocen más creencias negativas, prohibiciones y miedos con respecto a la menstruación que las que tuvieron información de calidad. El tener creencias erróneas acerca de la menstruación va a conducir en muchos casos a que se sigan actitudes negativas con respecto a la menstruación, como verlo algo sucio, de lo que haya que avergonzarse, incluso como enfermedad. Por tanto, consideramos muy importante y fundamental para la vida de las mujeres que la menarquia (o los años previos) fuese el punto de comienzo de una educación clara y natural con respecto a los procesos biológicos de las mujeres, en los que se les explicase por ejemplo con claridad el ciclo menstrual.

- *En mi casa todo eso de la regla era un tabú horroroso, con decirte que mi madre jamás me dijo nada de la menstruación, ni me preparó, ni nada. Yo me desarrollé bastante mayor, con 14 años creo, y claro, mi madre pensaría que yo ya la había tenido y cada mes me llenaba el armario de paquetes de compresas, y yo decía -¿y con esto qué hago?- y metía los paquetes en bolsas y los colgaba de una percha y las “bolsas iban a estallar”, porque como a mí no me hacían falta todavía, pues no las cogía, pero ella cada mes seguía metiendo paquete en vez de preguntarme. Yo soy la mayor de 5 hermanas y a la que va por detrás mía no le dije nada, quizás porque yo no era consciente, nos llevamos muy poco, pero a las chicas sí se lo dije, no quería que pasaran esa incertidumbre y misterio que yo y sí les enseñé las cosas. Me acuerdo que cuando me puse por primera vez estaba haciendo pipi y me sorprendió, vi que había manchado las braguitas con un líquido un poquito marroncito, enseguida asocié que para eso sería lo que me metía mi madre en el armario, y con total*

naturalidad fui, cogí una y ya está, no le dije nada a nadie, ni lo hice, de esa forma el tabú continuaba. (M5.G3.R.35)

No obstante, es importante destacar que el tabú de la menarquia desaparece con el hecho en sí mismo, y aunque a partir de ahora se tenga que llevar como oculto o escondido en muchas mujeres el hecho de menstruar, ya el hecho en sí no es tabú y comienza a hablarse algo más en las casas con respecto a la salud reproductiva. Muchas de las informantes refieren que a partir de ahí empiezan a “ser aleccionadas” de lo que se puede hacer y no hacer “en estos días” por las figuras femeninas de referencia: las madres y las abuelas.

- *Había mucho tabú en eso, y muchas niñas que con trece años tenían hijos y las abuelas tenían que criarlos como si fuesen sus hijos y hermanos de su madre. Entonces estuvimos un día hablando con las monjas, que yo le conté a las monjas lo que yo había pasado cuando chica, una que quería mucho a mi Paola y a mi Patri, que ha muerto ya, Sor María del Carmen, y me dice “eso es por no explicarle las madres a las pequeñas, cuando ya llegan a una edad hay que explicarles todas las cosas del periodo, una demostración de los matrimonios, de lo que pasa con los niños, cuando ya se desarrolla la niña que se queda enseguida en estado, todo eso hay que explicárselo a los hijos. Y si te da vergüenza o no te da vergüenza hay que explicárselo, las madres de ahora modernas, porque mira lo que le ha pasado a esta”. (M22.U.77)*

En el testimonio anterior y en los siguientes se aprecia cómo estas informantes vivieron la menarquia como tabú, pero sin embargo no se lo transmiten a sus hijas:

- *Yo por ejemplo con mi hija que también le llegó con 11 años yo he intentado quitarle todos los traumas, todos los tabús, todas las cargas. (M4.G1.U.52)*
- *La verdad es que era tremendo, cómo se tenía oculto como si fuese algo malo o motivo de vergüenza. Yo a mis hijas les he quitado todas las cargas, antes de que se desarrollasen les expliqué en qué consistía, que podían hacer su vida con total naturalidad, que era algo fisiológico y que no había motivo para avergonzarse ni ocultarlo, que era un proceso cíclico del cuerpo de la mujer y que incluso se podían sentir orgullosas, eso era señal de que todo en*

sus cuerpecitos funcionaba bien y que en el futuro cuando fuesen más mayores podrían tener hijos. (M3G3.U.48)

5.2.2. Desconocimiento de la menarquia: el “golpe” o “porrazo”

El que no tuviesen información clara hacía que en muchas ocasiones la menarquia se pudiese vivir como un hecho asustadizo e inquietante en la niña, incluso refieren el susto que habían sentido de pensar que podría ser por un golpe o porrazo y la inquietud que sentían.

- *Lo de la regla era un tabú, yo cuando me puse mala con la regla pensaba que me había dado un golpe, si no hubiese una mujer que te explicara todo... es que nos criamos también en una época muy mala, y ellas de información nada. (M6.G1.R.47)*

Como la especie humana es cultural por definición, estos cambios pasan a ser sopesados, observados, evaluados e instrumentados. Un día la niña nota que sangra por los genitales y acude a la madre, o a la abuela, una hermana, o una mujer de su entorno, a decirle lo que le pasa. Puede que este fuera un acontecimiento anunciado o puede que no, aunque siempre lleno de emoción y ambivalencia, porque, siguiendo a Victoria Sau, es una “primera vez” y no son mocos ni orina sino sangre que sale de un lugar que ya tiene connotaciones de secreto y de pudor; porque ya es como las demás, las que hasta ahora eran “las otras”, porque le da vergüenza que lo sepa su padre; porque intuye que “esto” va a cambiar su vida; que ya es mayor.³⁵⁵

- *Nada en la escuela ni nada, nada. Mi madre, cuando ya fui yo mayorcita me dijo que me iba a dar un... vamos, que ya me iba a poner malita, en fin, que ya me preparó un poquito pero muy poco, no como ahora. (M21.U.61)*

El no haberlo hablado antes en casa, o incluso en muchas niñas a las que la menarquia les venía siendo muy pequeñas (nueve años), podía hacer que se viviese el hecho como si tuviesen alguna enfermedad o como si algo en ellas, en su cuerpo, no funcionase bien.

³⁵⁵ Victoria Sau. *Ser mujer: el fin de una imagen tradicional*, op. cit., p. 16.

- *Cuando yo era pequeña tenía muy, muy poca información sobre la regla, sobre la menstruación tenía poquísima. De hecho, cuando me vino por primera vez la regla yo no sabía qué era aquello. No tenía ni idea. Nadie me había dicho y en el colegio nadie me había dicho nada. No tenía ni idea, yo creía que me había dado un porrazo. Ni en la tele ni nada, porque yo además la regla la tuve con once años, para aquella época era relativamente pequeña, verás que con quince a lo mejor ya... y... y la verdad es que no tenía ni idea. Yo cuando me vino aquello no tenía ni idea. (M9.U.37)*

Ante el susto o desconocimiento por lo que era aquello se acudía normalmente a la madre o abuela, o figura femenina con la que más confianza se tuviese y se le explicaba el acontecimiento, ante lo cual ya se explicaba lo que era y en qué consistía, pero en muchas de las ocasiones la información no era de calidad y se transmitían creencias populares erróneas que han aparecido en los testimonios y que se irán exponiendo y analizando en posteriores apartados.

Por lo expresado en las entrevistas y grupos de discusión en muchas de las informantes la explicación era *a posteriori*.

- *Yo me impresioné y entonces yo pregunté y mi abuela me dijo que era normal, que eso era normal, pero que ella no me daba más explicaciones. Nada, nada, nada. Y ya después mi padre se casó con una mujer y entonces ya ella me explicó un montón de, un montón de cosas, pero mi abuela como que no quería hablarme del tema ese. (M16.R.23)*

La idea del golpe o porrazo también aparece en la siguiente informante:

- *Yo me puse muy chiquitita con la regla y mi madre me llevó hasta al pediatra, porque yo me puse con 9 años, después de hacer la comunión, y fíjate, mi madre me llevó hasta el pediatra para ver si era de algún porrazo... mi madre no me había comentado nada... igual que de los métodos anticonceptivos ni de sexualidad... nada. (M6.G2.U.25)*

La idea del susto ante la menarquia por desconocida es frecuente en las informantes:

- *No sabía ni lo que era eso, hija, me salió la sangre y me asusté, a mí nadie me había hablado de eso. Yo escuchaba a la gente, la sangre, la sangre, la mujer, que iba a ser mujer. (M4.R.42)*

Incluso en las entrevistadas jóvenes se puede apreciar “entre líneas” que la menstruación era un tema del que no se hablaba en casa:

- *Yo lo sabía también porque yo veía a mi madre cuando estaba mala que cogía las compresas grandes, pero que nunca me ha hablado para explicarme el tema. (M6.G2.U.25)*
- *Primero lógicamente me asombré mucho y cuando ya me siguió pasando se lo dije a mi madre, digo: “mamá, mira, ¿esto qué es?” y dice... ya me explicó que, lógicamente, que era eso, que era la regla, que todas las mujeres la teníamos. (M9.U.37)*

5.2.3. Principal fuente de información: el grupo de iguales

Este hecho de la menarquia va a ser vivido por las niñas de diferentes maneras, según la edad con la que les pasó: no es lo mismo una niña de nueve años que una adolescente de catorce; y también según el grado de información: no era lo mismo no saber nada, que tener información. Llegados a este punto es importante señalar que nos referimos a información de calidad, pues no porque la niña tuviese mucha información iba a ser de buena calidad; al contrario, podían estar basadas en estas creencias erróneas populares que se están analizando y, en este sentido, también va a condicionar cómo vivirán la menarquia.

- *Yo con esa edad, que fue a los once años aproximadamente, eso era un tema súper tabú, ahí no se hablaba nada de eso, para nada. No se hablaba en ningún sitio. (M9.37.U)*

Se aprecia en los testimonios que el grupo de iguales va a ser fundamental a la hora de hablar sobre este tema, porque, al igual que era una especie de tabú entre madres e hijas, no lo era entre iguales; al contrario, parece que hay apoyo y confianza mutua.

- *Porque lo sabe una del colegio, de los amigos, de mis hermanas, que son mayores, pero por ella no. Mi madre eso lo tenía siempre en silencio. (M10.U.48)*

Se revela como muy importante que también se diera información entre iguales, entre amigas o hermanas, incluso primas. Aunque circulaba información, no es entre madres-hijas, según se observa en los testimonios.

- *Yo del periodo sabía por mis hermanas y por mi tata, porque tengo dos hermanas mayores que yo, pero porque me lo dijera a mí específicamente mi madre no, de eso no se hablaba, era como un tema tabú, yo veía a mis hermanas, que hablaban, que si las compresas, y que la tata les decía lo que no podían hacer y ya me fui enterando. (M2.G3.U.52)*

Pero, de todas formas, hay que destacar que aunque circulase información entre iguales no tenía por qué ser de buena calidad, como ilustra el siguiente testimonio:

- *Otra de las creencias que tenían mis amigas es que con la menstruación no te quedabas embarazada, y las dos se quedaron embarazadas, una falta de información total. A mí me parece bien que se les enseñe a las personas el proceso de transformación de la mujer después de la menstruación, pero no el sexo puro y duro, eso era muy malo, ellas habían perdido su honra y como dice Don Quijote su bien más preciado, su virginidad, y se tuvieron que casar; y esas siguen con sus maridos y las que nos casamos vírgenes nos hemos separado, eso era una vergüenza para las familias. La gente echaba cuentas; si se ha casado el 23 de marzo por ejemplo... ¿Cómo que tiene una barriga? (M7.R.60)*

Aunque se aprecia el hecho de que muchas veces se comentaba entre iguales, las creencias populares sobre la menstruación se ponían en evidencia o eran motivo de risas. Sin embargo, una vez que se supera el tabú con motivo de la menstruación, aparecen normalmente las abuelas, aunque también las madres, como principales transmisoras de las creencias populares sobre los ciclos vitales femeninos:

- *Ya me pasó mayorcita, ya con trece años o por ahí, trece años y medio para los catorce, entonces, como tenía a mi hermana la mayor, vivía también una prima nuestra mayor*

también que ella con nosotros éramos mucho mujeres y entonces, se hablaba casa pues de las compresas, de todas esas cosas se hablaba en casa. Ella lo hablaba en casa como una cosa normal, “pues mira, no sé quien lo ha puesto al soleo, que no se qué...”, lo hablaba; que no era un tabú, no era un tema tabú. (M15.U.56)

- *La verdad es que no te decían muchas cosas porque te encontrabas la regla un poco así de medio sorpresa, a no ser que tuvieras una hermana mayor que te lo dijera. Por ejemplo mi hermana se encontró que se manchó, no le habían dicho nada y la pobre se asustó mucho, yo ya llevaba esa ventaja. Yo me lo tomaba a risa, pero mi hermana “que se puso mala por primera” vez con 12 años se pegó un susto, y ella era siempre la avanzadilla mía. (M8.U.46)*

Se refiere a que eran dos hermanas, y que la informante era la segunda, por eso, ella tenía conocimiento, porque su hermana era, como indica, su “avanzadilla” y le iba contando lo que la había ocurrido para que ella “no se asustase” y no lo viviera, en ese sentido, como un acontecimiento traumático. Se aprecia el eufemismo de la informante “se puso mala por primera vez” para referirse a la menarquia.

- *Mi hermana mayor, tiene dos años y medio más, entonces ya pues cuando se puso ella con la menarquia, la primera menstruación, pues, ella lo comentó, me lo comentó a mí, me acuerdo que me dijo: -“me he puesto con la regla- y yo: -“¿y eso? Eso es mentira”-. Sí, porque mi hermana tendría nueve o diez años y yo podría tener entonces pues ocho años, más o menos. Y entonces pues desde chica yo lo he oído. (M15.U.56)*

Es interesante destacar cómo se ha ilustrado en los testimonios expuestos, como casi todas las informantes se acuerdan aproximadamente de la edad en la que tuvieron la menarquia y de los detalles concretos del momento, hecho que nos indica que efectivamente de una forma u otra fue un día muy importante en sus vidas.

- *A mí sí que me había hablado, porque a mí me vino más tarde, me vino a los 13 años o así, entonces mis amigas estaban todas con la regla menos yo, entonces yo qué sé, mi madre me hablaba de algo pero vamos tampoco me daba libros ni grandes explicaciones pero algo sí, tampoco mucho. (M1.G2.R.19)*

El tabú entre madres e hijas es explicado por las propias informantes por ignorancia y sentimientos de vergüenza y represión.

- *Mi madre no, era súper reprimida y vergonzosa y jamás me dijo nada, mis amigas sí.*
(M7.R.60)

De hecho, se descubre por los testimonios de las informantes más jóvenes que, a más información de los padres, menos tabú y sentimiento de vergüenza, ya que la menstruación se aborda como un fenómeno fisiológico y normal.

5.2.4. Otra fuente de información: en las aulas

Se aprecia en las entrevistadas menores de veinticinco años que han tenido como fuente de información sobre la menstruación el colegio o instituto, que todas lo valoran muy positivamente, ya que para muchas de ellas en casa seguía siendo un tema, si no tabú del todo, que no se hablaba con naturalidad. Por esta razón, en muchas mujeres, como fuente de información el colegio ha sido la fuente principal.

- *Yo me enteré de lo que era eso por el colegio, por mis padres y en mi casa no.* **(M24.U.21)**
- *Lo que pasa es que en el colegio nos dieron como unas guías y empezaron a comentarnos todo, empezaron a explicar la utilidad de las compresas, cómo se utilizaban, que estuvo también muy bien el colegio, a nosotros en el colegio nos dieron mucha información.*
(M16.R.23)

Este es el testimonio de una informante boliviana, país donde el dar a conocer estos temas estaba implantado en el colegio desde hacía décadas:

- *La regla nos explicaba con fechas exactas, nos decía las consecuencias que debíamos tener, nos hablaba más abiertamente la profesora; la madre no, al menos mi madre no, mi madre que era adulta, me daba un conocimiento, pues, con un poco de detalle, pero no tan profundo como la profesora; era su obligación, aparte de que era, estaba en el programa de*

educación, ¿no? Y bueno, a las niñas, bueno, con formación, los padres les instruían bien, pero a las niñas que los padres eran gente del campo o eran gente con muy poca cultura ante todo lo que prima es la vergüenza, ¿no? En los padres el no saber cómo explicarles ni cosa por el estilo pues es por eso que en el colegio se ha dado eso, la profesora de educación física se hacía cargo de enseñarnos los periodos, los tiempos, nos hacía las tablas que cuando debíamos tener una relación, no una relación, o sea, nos hablaba abiertamente sobre el tema la profesora. (M12. BOLIVIANA.53)

De todas formas se observa que, aunque no es ya un tema tabú, todavía no se habla en todas las casas con la naturalidad que se debiera. Sí se observa sin embargo que en los colegios se da como parte de asignaturas, o incluso como talleres específicos. Llama la atención del testimonio anterior la referencia a la profesora de educación física como la responsable de la enseñanza de los temas relacionados con la salud reproductiva, como menstruación y planificación familiar. La razón, según la informante, se debe a que durante las clases la educación era mixta, y que era a la hora de la educación física, del deporte, cuando se separaba al alumnado por sexos cada uno con un profesor distinto. Por este motivo, cuando las niñas estaban solas, eran las profesoras de educación física las que las instruían. Era por tanto un tema tabú que no se hablaba delante de los hombres y que suscitaba vergüenza.

Se aprecia tabú entre información madre-hija, abuela-nieta, en las distintas generaciones. Eso no era que no tuviesen información, las generaciones más mayores no tuvieron información ni por madres ni por colegios, las medianas tampoco, las jóvenes se aprecia la importancia de la educación en el colegio. Quizás por tanto al no tener información objetiva ellas mismas y ser un tema tabú, se iban diciendo entre iguales las creencias que iban pasando de generación en generación mediante la transmisión oral. Como se les explica.

- *Yo me desarrollé con once años y medio y ya un año antes había estado yendo al médico porque me dolían los ovarios pero pensaban que podía ser apendicitis, en mi casa se hablaba del tema normal. (M2.R.31)*

Una de las informantes nos refiere una experiencia en el extranjero como *au pair*:

- *Te hablo, cuando yo tenía diecisiete fue la primera vez que viajé a Inglaterra, con diecisiete-dieciocho años, o sea, todavía no había cumplido los dieciocho años y vivía allí cuando esa niña se hizo mujer y a mí me encantó; o sea, a mí, lo de que le hiciesen una fiesta, que el padre lo decía orgulloso, la niña incluso un poco cortada, tímida, “ay, ay, no lo digas más”, y se lo contaba a toda la gente como un orgullo, llamaba a todo el mundo por teléfono, era como una etapa nueva, ¿no?. Pues yo prefiero eso y la canción de Julio Iglesias de “mi niña es ya mujer” y yo creo que lo voy a vivir, lo voy a tomar más por esa parte. Más, más fiesta y que sepa de verdad lo que yo sé ahora de verdad que es y no, al revés, mucha información y ya sin más, ¿no? (M13.R.40)*

- *En primero de la ESO nos dieron un kit con compresas, y en otro con preservativos. Estudie en biología el ciclo y como me interesaba, lo interioricé mucho. (M3G2.U.22)*

- *En el instituto nos daban una vez por semana una charla al respecto. (M4G2.R.19)*

- *Sí, en la edad propicia, entre los trece-catorce años, porque en el colegio solía la profesora de educación física darnos las instrucciones de vida, como también nuestros padres, en especial la mamá en casa, ya llegado el momento nos explicaba las que ya eran unas mujercitas las precauciones que debíamos tener y con más profundidad, en el colegio, la profesora de educación física las horas que nos tocaba nos explicaba con mucho detalle. (M12.BOLIVIANA.53)*

- *A mí mi madre sí me lo comento porque yo eso lo daba en el instituto, pero esa semana hicimos un intercambio en el instituto y no lo di, entonces me lo dio mi madre... yo he tenido libertad con ella. (M7.G2.U.22)*

- *No era tabú del todo, no me daban libros... Yo más que nada lo sabía por mis amigas, por el colegio... la verdad es que en mi instituto estaban muy encima de ese tema... mi madre a lo mejor me comentó algo, pero vamos casi nada... casi todo por el instituto. (M3.G2.U.22)*

Relacionado con los conocimientos de sexualidad en adolescentes cabe destacar un estudio de 2004 *Conocimientos sobre sexualidad en púberes del distrito de Aranzuela en*

Madrid³⁵⁶, cuyo objetivo era descubrir el nivel de conocimientos sobre sexualidad. En concreto uno de los aspectos que estudiaban eran el relacionado con los conocimientos acerca de la menstruación en una población escolar de 11-13 años del distrito de Arganzuela (Madrid). Fue un estudio descriptivo transversal en el que se empleó para la recogida de datos una encuesta del colectivo de Harimaguada que se pasó en clase a todos los estudiantes de 6º de Educación Primaria de dos colegios de esta zona sur de Madrid. Los resultados revelaron que la fuente de información principal sobre sexualidad era la familia (36% de los niños y 68,5% de las niñas), seguida del colegio (25,7% de los niños y 31,4% de las niñas). Asimismo, concluía que un elevado porcentaje de púberes tenía un bajo nivel de conocimientos con respecto a sus cambios físicos y en concreto con los relacionados con la menstruación.

5.2.5. Implicación del padre en la menarquia

Se observa en los testimonios que cuando los padres tienen conocimientos de qué es la menstruación, de en qué consiste el ciclo menstrual, sí informan a las hijas con naturalidad. Es decir, ellos lo ven como algo natural y fisiológico por sus conocimientos, y por tanto lo transmiten de esta forma. Además, se observa también la implicación de los padres en el momento de informales. De ahí que se demuestre que con información, la menstruación deja de ser vivida como algo tabú, oscuro y misterioso, y con sensación de vergüenza en el abordaje del tema. Por tanto, con respecto a la menstruación, podemos decir que a más conocimiento, menos tabú.

- *No, mi padre no se metía en ese tipo de cosas. Mi padre era un hombre que... con una educación a la antigua y entonces él, en los temas de mujeres, digamos, no se metía. Yo creo que le daba como vergüenza a lo mejor de meterse en esos temas. (M6.R.46)*

- *Mi madre sí se las tomaba en serio, mi padre no se metía en esas cosas. (M8.U.46)*

Incluso en algunas informantes aparece la figura del padre enseñando sobre este asunto. Durante siglos la figura del padre y de los hombres en general ha sido como

³⁵⁶ María Ramona García Pérez, Cristina Moreno Bartolomé. “Conocimientos sobre sexualidad en púberes del distrito de Arganzuela en Madrid”. *Metas de Enfermería*, vol.7, nº8, 2004. pp 8-13.

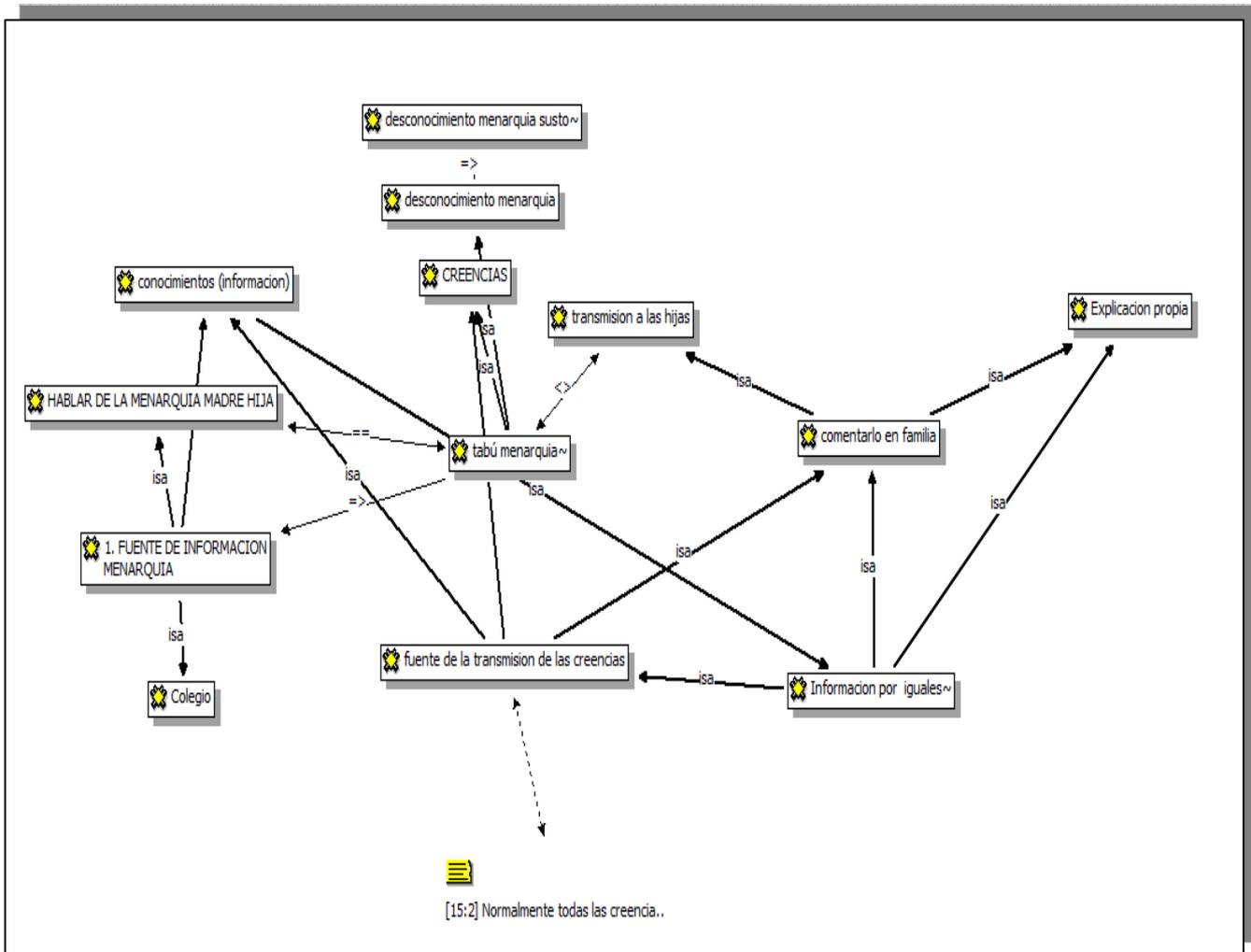
“invisible” con respecto a estos temas, a menos que fueran médicos y principalmente ginecólogos o pediatras. Por tanto, es un cambio en positivo.

- *En mi caso es que mis padres son los dos maestros y han estado encima nuestra desde chica, y nos daban libros de sexualidad en el niño, entonces ese tema era natural en mi casa. (M4.G2.R.19)*

- *A mí también me lo habían explicado antes porque mis padres son los dos enfermeros, y a mi madre le encantaba meterme el tema... en cuanto daba yo algo en el colegio de sexualidad, reproducción... ella lo aprovechaba y se explayaba... yo la escuchaba pero a mí me daba vergüenza... entonces yo la escuchaba pero le decía ¡sí, sí, pero cállate, cállate! Porque me daba vergüenza... cuando yo tuve la regla yo fui a mi madre y yo no lo quise decir porque me daba mucha vergüenza. Y cuando mi madre se lo contaba a mis tías ¡que a la niña ya le ha venido la regla! Pero mama cállate, porque me daba muchísima vergüenza. (M3.G2.U.22)*

En la figura siguiente, la número 4, se representan las relaciones de los códigos vinculados con la menarquia. El tabú de la menarquia es una idea central. (Véase Anexo IX)

Figura 6. Fuentes de información de la menarquia



De hecho, el tabú de la menarquia entre madre-hija articulaba todas las demás relaciones de la figura anterior; ya que si no se tenía información, se podía vivir la experiencia como un susto, y pensar que se había dado un golpe o porrazo. Asimismo, la red de iguales informaría sobre la menarquia y la menstruación. Pero es importante destacar que, aunque el grupo de iguales diese información, no significa que fuese de buena calidad; al contrario, muchas veces se seguían perpetuando las creencias erróneas.

5.2.6. Menarquia como paso de “niña a mujer”

Muy significativo en las informantes es el hecho de que la menarquia va a suponer el paso para ser una mujer, es decir, sería como una etapa de transición entre la niña y la mujer. De hecho, en el ideario colectivo de las informantes, se aprecia la idea de paso de “niña a mujer”. En muchas de las entrevistadas se alude al hecho de que “ya se ha hecho mujer”, “ya es mujercita”...; y en este sentido se entiende la idea de la menarquia como rito de paso, como barrera que delimita la niña de la mujer.

De hecho, los cambios que se producen son externos e internos y se influyen mutuamente. La madre, la hermana o esa mujer a la que va la niña cuando le llega la menarquia es muy probable que le haya dicho, esperando disipar su temor, entre satisfecha y amenazadora: “ya eres una mujer”³⁵⁷.

➤ *Que se convierte en mujer, que se ha convertido en una mujer. (M19.RUMANA.35)*

Daba igual que la menarquia se tuviera con nueve años que con catorce; el hecho en sí te hacía mujer, por lo que no importaba la edad para ser mujer, sino tener o no tener la menstruación, y cada niña la va a vivir de una forma, dependiendo de su entorno. Es curioso destacar cómo para el ideario colectivo esa misma niña de un día para otro se transforma en una mujer, en virtud de su sistema hormonal, sin tener en cuenta la madurez psicológica.

➤ *¡Si yo era más tonta cuando era pequeña! Si yo me casé con mi marido sin saber nada de nada, ¿iba a saber yo lo de la regla? Eso como hoy en día que esta tan en boga no. Yo un día que me pasó y se lo dije a mi madre y ya era una mujercita, eso me dijo, que yo era ya una mujercita. Yo fui muy pronto, entre los 9 y los 10 años, muy pronto. (M11.R.84)*

De acuerdo con Victoria Sau³⁵⁸, la niña con su menarquia a los once, doce o trece años o incluso antes, si es una menarquia precoz, no es una mujer, porque ni su inteligencia, ni su afectividad han alcanzado los niveles que nuestro desarrollo evolutivo requiere para que consideremos a una persona capaz de valerse por sí misma y de

³⁵⁷ Victoria Sau. *Ser mujer: el fin de una imagen tradicional. op. cit.*, p. 21.

³⁵⁸ Victoria Sau. *Reflexiones feministas para principios de siglo. op. cit.*, p. 18.

interactuar de forma adulta con las demás. Pero su cuerpo ya es funcionalmente apto para tener hijos, y esta es la razón por la que se la considera mujer.

- *Mi madre es muy curioso en este sentido, ella ya está muy mayor, casi 90 años con Alzheimer, pero ella cuando mis hijas eran ya mayorcitas estaba obsesionada con que tuvieran la regla, ¡esta niña todavía no se ha desarrollado! Con los ciclos vitales están obsesionadas las personas antiguas. (M4.G1.U.52)*

5.2.6.1. La niña ya es mujer

Del mismo modo que no se hablaba del tema de la menstruación antes, una vez que la niña se ponía con la menarquia normalmente era motivo de alegría en las casas. Entonces sí que se hablaba del tema, se proclamaba a “los cuatro vientos” en muchas ocasiones y se presumía, orgullosos, de que “la niña ya era mujer” e incluso se llamaba a familiares y amigos por teléfono para darles la noticia.

- *Se lo decían a todo el mundo... A mí, mis abuelas me llamaban. ¡Felicidades! Que ya te ha venido la regla. (M1.G2.R.19)*
- *Era el tema del día, cuando se reunían, las tías, las abuelas, la madre. (M7.G2.U.22)*

Se aprecia en los testimonios de las informantes que lo han vivido como si se acostasen siendo niñas y se levantasen siendo mujeres de un día para otro, con todas las connotaciones que tiene el hecho de ser mujer.

- *Allí se decía ¡esa se ha hecho mujer! Anda, pues ahora hay que tener cuidado con los niños, que a ver donde se iba a meter, que tuviera cuidado con los hombres, eso me lo decían amigas mías que se lo habían dicho sus madres. (M7.R.60)*
- *Cuando te desarrollabas te decían ¡la niña ya se ha hecho mujer!, eso era muy típico. Ya eras como más mayorcita, tenías que ser responsable y “tener cabeza”. (M3.G3.U.48)*

En el análisis de los discursos se repiten las siguientes expresiones (relacionadas entre sí) para indicar el hecho de la menarquia:

a) *¡Ya es mujercita!*

- *Yo un día que me paso y se lo dije a mi madre y ya era una mujercita, eso me dijo, que yo era ya una mujercita... yo fui muy pronto, entre los 9 y los 10 años, muy pronto. (M11.R.84)*

b) *¡Ya te has hecho mujer!*

- *Entonces, yo, el día que fui mujer la primera vez ¡ay!, eso se dice allí, fui mujer. (M6.R.46)*

c) *La niña ya se ha hecho mujer*

- *Allí se decía ¡esa se ha hecho mujer! Anda, pues ahora hay que tener cuidado con los niños, que a ver donde se iba a meter, que tuviera cuidado con los hombres... eso me lo decían amigas mías que se lo habían dicho sus madres. (M6.R.46)*
- *Se decía la niña ya es mujer, ya es una mujer. (M2.G2.U.19)*

Se aprecia un testimonio muy gráfico y duro con respecto a esta idea de pasar de niña a mujer, una informante que con diez años tuvo la menarquia y que desde ese mismo momento para su padre se había convertido en una mujer, lo que propició que entrase en su cuarto y le tirase los muñecos que encontró, para el disgusto de la niña, que seguía siendo la misma niña que el día anterior jugaba con sus muñecas. Pero, a ojos de su padre, se había convertido en una mujer y ya no tenía derecho a jugar con muñecas. La inocencia de la niña de diez años se refleja cuando la informante nos indica que “*a escondidas pudo coger algunos muñecos*” de los que le había tirado su padre.

- *Yo la regla la tuve con 10 años y mi padre cuando se enteró entró en mi cuarto y me tiró todos los muñecos. Yo a escondidas cogí algunos y me ponía a jugar con mi hermano que él*

tenía dos años menos que yo. De un día para otro me quitaron los juguetes, me había hecho mujer, ya no era una niña, era una mujer, pero tenía 10 años, y era la misma niña del día anterior que jugaba con sus muñecas, para mi padre ese día que me puse con la regla cambié y pasé de niña a mujer, por eso me tiró todos los muñecos. (M2.G1.R.44)

Este duro testimonio ilustra lo que muchas informantes vivieron con su menarquia, el paso literal de “niña a mujer” a ojos de la sociedad, ya que ellas eran las mismas, lo único que había cambiado era que tenía la menstruación, hecho que significaba que podían ser fértiles. Como se aprecia, este hecho biológico de la menarquia va a articular todo el sentido cultural del “ser mujer”, directamente relacionado por tanto con la fertilidad.

Esta idea del paso de niña a mujer aparece en otra informante con el matiz de la responsabilidad; es decir, al “convertirse en mujeres”, tenían que actuar de manera responsable:

- *Yo creo que nuestros ciclos vitales han estado llenos de de tabús, por lo menos en nuestra generación. Primero por la primera menstruación, que era algo como un cambio de vida de repente, nos hacían creer que en el momento que te desarrollabas ya eras una mujer y tenéis que tener un responsabilidad ya de mujer impropia, porque no a todo el mundo le llega la menstruación con 14 años, a mí que me llegó a los 11 pues yo era una niña con ganas de jugar, y sin embargo eso era un problema añadido. A esa situación tenías que estar ocultándolo porque estaba mal visto que tú hablas de ese tema, si te encontrabas mal te lo tenías que callar. (M4.G1.U.52)*

La menarquia como el paso de la niña a mujer simboliza que la niña ha llegado a la maduración física necesaria para tener hijos/as si así lo deseara, por eso, en muchas culturas durante muchos siglos, y todavía hoy en países de América, Asia y África, se toma la menarquia como edad legal para el matrimonio, independientemente y sin tener en cuenta que la niña reúna las condiciones psíquicas e intelectuales³⁵⁹.

En palabras de Victoria Sau “el matrimonio de las niñas y la maternidad precoz son las secuelas de un fenómeno, el de la menarquia, controlado como todo lo que

³⁵⁹ Victoria Sau. *op. cit.*, p. 195.

corresponde al cuerpo de la mujer, por los hombres”³⁶⁰. Según esta autora, el Derecho Canónico mantiene todavía como edad legal para el matrimonio religioso los doce años para las niñas y los catorce para los niños.

Siguiendo con esta idea, Victoria Sau señala:

“Los países más avanzados van haciendo coincidir en su Derecho Civil la edad del matrimonio con la edad del voto y la mayoría de edad, o sea, a los 18 años. España todavía mantiene los 14 años para las niñas y los 16 para los varones. El adelantar la edad del matrimonio a fechas próximas a la menarquia es una forma de aprovechar al máximo el cuerpo de la mujer durante sus años fecundos para la procreación de hijos”.

El Código Civil³⁶¹ español establece en los artículos 46 y 48 que podrán contraer matrimonio los menores de edad a los dieciséis años si estuvieran emancipados, o a partir de los catorce con justa causa³⁶² y dispensa de un juez.

“Artículo 46 - No pueden contraer matrimonio:

1. ° Los menores de edad no emancipados.
2. ° Los que estén ligados con vínculo matrimonial”.

“Artículo 48 - El Ministro de Justicia puede dispensar, a instancia de parte, el impedimento de muerte dolosa del cónyuge anterior.

El Juez de Primera Instancia podrá dispensar, con justa causa y a instancia de parte, los impedimentos del grado tercero entre colaterales y de edad a partir de los catorce años. En los expedientes de dispensa de edad deberán ser oídos el menor y sus padres o guardadores.

La dispensa ulterior convalida, desde su celebración, el matrimonio cuya nulidad no haya sido instada judicialmente por alguna de las partes”.

Relacionado con la idea de menarquia como paso de niña a mujer está el concepto de edad del consentimiento sexual, edad por debajo de la cual el

³⁶⁰ *Ibidem*.

³⁶¹ Ley 30/1981, de 7 de julio, por la que se modifica la regulación del matrimonio en el Código Civil y se determina el procedimiento a seguir en las causas de nulidad, separación y divorcio.

³⁶² La principal justa causa es el embarazo de la menor.

consentimiento prestado para tener relaciones sexuales no resulta válido a efectos legales presumiéndose violencia o abuso por parte del que fuere mayor de edad en tales circunstancias sin importar la existencia o no de cualquier violencia o abuso real, asimilándose o sancionándose como delito de violación. La edad de consentimiento sexual en España es trece años según lo especifica el Código Penal³⁶³ español en sus artículos 181,182 y 183. Sin embargo, si se recurre al engaño para obtener el consentimiento de un menor de dieciséis años los padres pueden levantar cargos por delito de estupro.

“Artículo 181 - El que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, será castigado, como responsable de abuso sexual, con la pena de prisión de uno a tres años o multa de dieciocho a veinticuatro meses”.

“Artículo 181 - A los efectos del apartado anterior, se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare, así como los que se cometan anulando la voluntad de la víctima mediante el uso de fármacos, drogas o cualquier otra sustancia natural o química idónea a tal efecto”.

“Artículo 183 - El que realizare actos que atenten contra la indemnidad sexual de un menor de trece años será castigado como responsable de abuso sexual a un menor con la pena de prisión de dos a seis años”.

Esta representación social de la menarquia como transformación de niña en mujer, como se ha expresado también se refleja en la legislación española, en el Código Civil y en el Código Penal, ya que se establece la edad de catorce años como la mínima para casarse, y la de trece con la de consentimiento sexual. Sin embargo, se piensa que catorce años son insuficientes para consentir un matrimonio y los trece años es una edad inapropiada para que la legislación acepte y tolere una relación sexual con un adulto por lo que se deberían de aumentar ambas franjas. Parece una incongruencia y una herencia clarísima del patriarcado que en muchos países y concretamente en

³⁶³ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

España en pleno siglo XXI las niñas (y también los niños), con catorce años estén preparadas para tomar una decisión tan importante como casarse, con las implicaciones de la maternidad que puede conllevar, y sin embargo no se las considere “preparadas” para votar y elegir a sus dirigentes políticos, teniéndose que esperar para ello a la mayoría de edad legal establecida en dieciocho años.

5.2.7. Información centrada en la prevención de los embarazos

Desde el mismo día que la niña tiene la menstruación ya es considerada en muchas ocasiones como mujer, y se le dan unos mensajes que antes no se le daban, relacionados principalmente con la sexualidad y con la prevención de los embarazos.

- *Al ponerte mala ya eras una mujercita y que había que tener cuidado porque te podías quedar embarazada, que ya no tenías que ver al niño como niño sino como hombre y que tuvieras cuidado que te podías quedar embarazada, te habías hecho mujer. (M8.U.46)*
- *Que no me fuera con niños. (M8.U.46)*
- *Mi madre hablaba: “ten cuidado”, “cuando llegue la regla ten cuidado, ahora tienes que tener cuidado”, porque ya estábamos nosotros tonteando, vamos, yo ya estaba tonteando con mi, con mi marido. (M15.U.56)*
- *Mi madre cuando se enteró me llevo al médico y me puso anticonceptivos para regularme la regla. Yo engorde 15 kilos en un año, me enteré que había engordado por las pastillas, porque se lo contaba mi madre a mi tía, y yo las tiraba, tiraba las pastillas, no quería engordar. (M2.G1.R.44)*

Se trata, por tanto, de información relacionada con la sexualidad y la prevención de embarazos, más que con el propio conocimiento del cuerpo. Es decir, es información basada en el miedo, en la prevención de embarazos, más que en el ciclo menstrual.

- *Sí, en la edad propicia, entre los trece-catorce años, porque en el colegio solía la profesora de educación física darnos las instrucciones de vida, como también nuestros padres, en especial la mamá en casa, ya llegado el momento nos explicaba las que ya eran unas mujercitas las precauciones que debíamos tener y con más profundidad, en el colegio, la profesora de educación física las horas que nos tocaba nos explicaba con mucho detalle. (M12.BOLIVIANA.53)*

- *Había que evitar los embarazos, y que se evitan, que con la regla la niña ya puede concebir, tú sabes, de cosas que se oyen hoy, que es distinto, que eso antes no se hablaba ni se decía nada. (M21.U.61)*

La menstruación también se convierte en un mecanismo de control, como indica el siguiente testimonio:

- *Otra cosa que me acuerdo de mis reglas era que mi madre apuntaba en el almanaque los días que nos poníamos malas con la regla para tenerlas controladas, era un corte, porque decías: eso que es una cosa íntima mía -¿por qué tiene que estar en un almanaque?- Pues nos ponía a todas. Mi madre no lo hacía con mala intención, pero al fin y en cuenta te estaba controlando para ver si te faltaban dos días, porque era todo por lo mismo. Cuando teníamos novio era horroroso, no se le escapaba ninguna regla sin que la apuntase en el almanaque de la cocina. A nosotras es que nos ha tocado vivir una vida bastante jorobante en ese sentido. Tenía una mentalidad antigua para la época en la que nos ha tocado vivir, en la que trabajábamos, estudiábamos, etc. (M4.G1.U.52)*

5.2.8. Actitudes frente a la menarquia

Por tanto, como se ha ido explicando a lo largo de este apartado, la información que tuvieran las niñas iba a ser fundamental para las actitudes que tengan frente a la menstruación.

- *Antes era un tema tabú y a las niñas les daba vergüenza decirlo... pero actualmente las madres están más concienciadas y se lo explican a las hijas... para que estén*

preparadas... no se le llama de ninguna manera en especial... solo se entera la familia.

(M20.SAHARAUI.24)

Con respecto a la relación entre información sobre la menstruación y actitudes frente a la misma destaca el artículo de 1995 “Efectos de la información acerca del ciclo menstrual sobre las actitudes hacia la menstruación”, de Rosario Pérez et al., de la Universidad de Valencia³⁶⁴. El objetivo del estudio era analizar los efectos del acceso a una información adecuada relativa a la menstruación sobre las actitudes hacia esta. Para ello se intentó desmitificar las creencias erróneas negativas para aumentar las actitudes positivas hacia la menstruación.

Siguiendo a estas autoras, las actitudes son estudiadas desde la psicología social desde varios modelos: los modelos unidimensionales y los modelos multidimensionales de las actitudes.

Desde el modelo multidimensional las actitudes son predisposiciones a responder a alguna clase de estímulo con ciertas clases de respuestas. Estas respuestas pueden ser afectivas (agrado o desagrado), cognitivas (creencias, opiniones) y cognitivas conductuales (intenciones conductuales). El modelo unidimensional se basa en un único componente de la actitud, refiriéndose a un sentimiento general, positivo o negativo sobre alguna persona, objeto o problema. “El término *creencia* se reserva para las opiniones mantenidas acerca del objeto de actitud, es decir, para la información, conocimientos o pensamientos que alguien tiene sobre el objeto de actitud”³⁶⁵.

Por tanto, desde los dos modelos anteriormente citados, las actitudes y las creencias están relacionadas.

Con respecto a nuestro objeto de estudio, las actitudes negativas hacia la menstruación pueden llevar a actitudes negativas hacia las mujeres en general, pudiendo afectar también a la imagen corporal de la mujer y a su autoconcepto.

Por tanto, de acuerdo con Rosario Pérez, “son de suma importancia para las mujeres las experiencias y las creencias relativas a la menstruación”³⁶⁶.

En general, las actitudes frente a cómo se vive la menarquia van a ser distintas dependiendo del grado de información que la niña tuviese, aunque en líneas generales

³⁶⁴ Rosario Pérez et al. “Efectos de la información acerca del ciclo menstrual sobre las actitudes hacia la menstruación”. *Psicotherma*, 1995, vol. 7, nº2, pp. 297-308.

³⁶⁵ *Ibidem*.

³⁶⁶ *Ibidem*.

se puede decir que las principales actitudes son de timidez, vergüenza y sorpresa. Algunas de estas niñas siguen ocultando este hecho a sus madres, con lo que el tabú sigue existiendo, aunque la mayoría lo comenta a una figura femenina de referencia, como son las madres, hermanas o incluso abuelas.

- *Antes era un tema tabú y a las niñas les daba vergüenza decirlo... pero actualmente las madres están más concienciadas y se lo explican a las hijas... para que estén preparadas... no se le llama de ninguna manera en especial... solos se entera la familia. (M20.SAHARAUI.24)*

- *Yo creo que le daba como vergüenza a lo mejor de meterse en esos temas. (M6.R.46)*

Son temas, según algunas entrevistadas, que no eran “bonitos para hablar”, es decir, que tenían una carga de misterio y suciedad. Parece que no se concebía la menarquia y la menstruación como algo natural y fisiológico.

- *Es que era una cosa que ni se lo decía ni se lo escondía, sino que me ponía y ya está, no, que no iba diciendo “me he puesto mala” ni tampoco se lo ocultaba, te pones y ya está, tampoco había que hacerle una fiesta. Bueno, tabú... no es que fueran tabús pero que no eran temas como bonitos de hablar. (M6.R.46)*

Como se observa en los testimonios, a la mujer se le enseñaba el hecho de ocultar la menstruación, viéndolo como algo sucio y negativo, en vez de un proceso fisiológico positivo.

- *Porque además, yo que sé... el tema de llevar a tu hija al ginecólogo, eso era impensable que mi madre en mi época me llevara a mí al ginecólogo. (M6.R.46)*
- *Es que, vamos, que yo pienso llevar a mi hija al ginecólogo en cuanto que sea mujer, vamos. Para que vean que no tiene ningún nodulito ni..., o yo que sé, pa que vean que todo es normal. No sé cómo tendrá que estar, pero vamos que, que esté normal. (M6.R.46)*

- *A mí me preparaban un neceser para meterlo en la maleta con una compresa, una toallita limpia, otras braguitas por si se manchaban... esa costumbre yo la sigo hoy en día y llevo lo mismo. (M7.G2.U.22)*
- *Mi abuela me compraba las bragas de algodón nuevas y me las metía en la maleta del colegio por si me manchaba. (M6.G2.U.25)*

Transmisión madres a hijas:

- *Sí, con mucho cuidado... yo a mi hija de esas cosas no le he hablado... quizás por cortedad... ella me dijo un día ¡mamá ya me he puesto mala! Y entonces yo ya le dije que tenía que tener cuidado y ya la preparé... pero yo explicarle no... Yo le dije que no se bañara y que había que tener mucho cuidado. (M11.R.84)*
- *Yo creo que le daba como vergüenza a lo mejor de meterse en esos temas. (M6.R.46)*

El papel ejercido por las abuelas se repite en muchas informantes:

- *Normalmente todas las creencias que se escuchaban procedían de las abuelas o mujeres mayores que eran para nosotras la fuente de la sabiduría. Por la religión y por las personas mayores que nos dominaban con sus conocimientos, se suponía que sabían más y había que hacerles caso. (M20.SAHARAUI.24)*

5.2.9. Expresiones populares y metáforas sobre la menarquia

La forma social de invisibilizar y excluir la presencia de la menstruación durante siglos, a pesar de ser una experiencia cotidiana en la vida de las mujeres, ha sido no nombrarla; o, si se nombraba, de forma eufemística, y no hablar de ello en público de manera literal³⁶⁷.

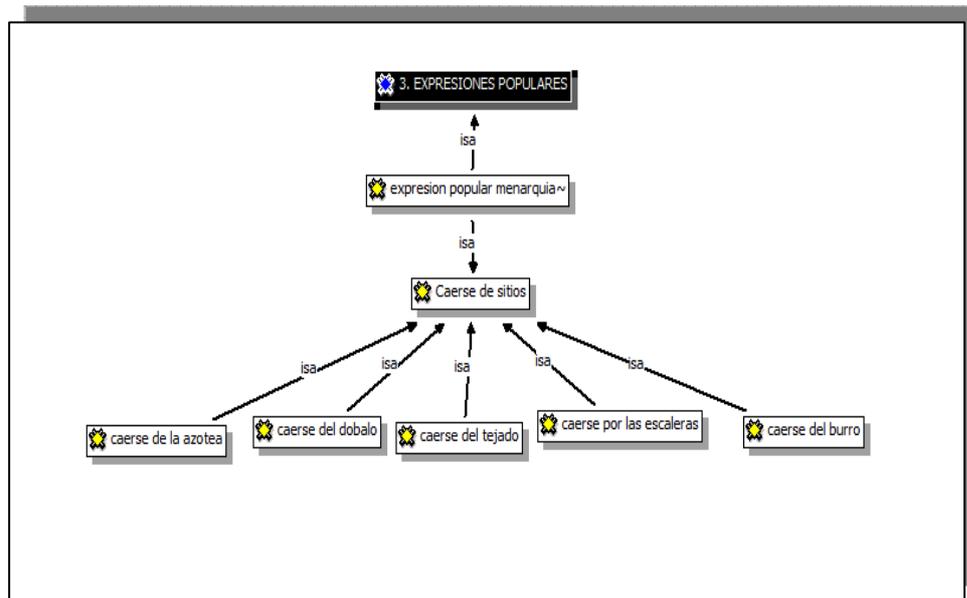
En la investigación se ha puesto de manifiesto que no solo la menstruación se nombra metafóricamente, sino que el hecho puntual de la menarquia está imbuido de fuerte simbología.

³⁶⁷ Carme Valls- Llobet. *Mujeres, salud y poder. op.cit.*, p. 1.

Se observa en muchos de los testimonios de las informantes una metáfora muy utilizada en nuestro entorno con respecto a la menarquia: la de caerse de algún sitio alto, normalmente alguna parte de la casa donde viva la niña, por ejemplo “caerse de la azotea”. Dependiendo de la localidad o ambiente, se cae de un sitio u otro, pero siempre de un lugar alto, como también “caerse por la escalera”.

A continuación se presenta una figura, la número 5, para ilustrar esta imagen:

Figura 7. Expresiones populares de la menarquia



[Fuente: Elaboración propia]

Es curioso que esta idea de caerse se repita en distintas localidades y municipios, e incluso en diferentes Comunidades Autónomas (Andalucía y Extremadura). Dependiendo del municipio o provincia donde viva la niña, se va a utilizar una palabra concreta o un sinónimo de la misma; incluso distintas partes de la casa o de animales, como se ha recogido. Puede ser la idea de hacerse sangre como consecuencia del golpe y de la caída, la metáfora que la relaciona con la sangre de la menarquia.

En las entrevistas aparecen las siguientes metáforas con respecto a la menarquia y la idea de caída, tanto de partes externas de las viviendas como de partes internas, incluso de animales. Se han recogido:

- a) Caídas de partes externas de las viviendas: azotea y tejado.
- b) Caídas de partes internas de las viviendas: soberao, doblao y escaleras.
- c) Caídas de animales: principalmente burros.

Es importante destacar que estas expresiones no las utilizaban las niñas, en muchas ocasiones no sabían a qué se referían o qué significaban. Las utilizaban las

madres, abuelas e incluso vecinas para indicar a la comunidad con motivo de alegría que la niña ya tenía la menarquía.

a) Caídas de partes externas de las viviendas: azotea y tejado.

Estas metáforas creemos que se deben a la asociación con la sangre producida por la caída, ya que se utilizaban muy frecuentemente para indicar que la niña ya “se había desarrollado” o que estaba cercana a desarrollarse. Es la manera simbólica de indicar que la sangre que produce el cuerpo de la niña no es por la menarquía, sino por el golpe de la caída de un sitio en alto.

- *Cuando empezaba, la menarquía, la primera regla, comentaban en casa que era que se caían por la escalera, que se caía de la terraza, que se caía por la escalera, o del tejado. También lo recuerdo yo eso, vamos, lo que se hablaba, pero tampoco me explicaron mucho en qué consistía ni nada de eso, sino...; yo no recuerdo si fue mi madre..., la casa, la familia, mi madre, mi abuela, hablaban de “se había caído la niña por la escalera”, “¡Uy, te has enterado que se ha caído por la escalera...!”. (M15.U.56)*
- *Allí se decía ¡la niña se ha caído de la azotea! Cuando te hacías o mujer. O ten cuidado, que te vas a caer de la azotea, cuando te ibas haciendo mayorcita. (M13.R.40)*

b) Caídas de partes internas de las viviendas: soberao, doblao y escaleras.

Al igual que caerse desde la azotea y el tejado, se utilizan metáforas referidas a partes internas de las casas pero que también estaban en alto. El doblao es la planta superior de las casas rurales de Andalucía y Extremadura donde se guardan y almacenan los productos del campo, los aperos de labranza, las semillas y demás utensilios relacionados con el campo y el ganado. En otros sitios, por ejemplo algunos pueblos de la provincia de Sevilla, se llama el soberao.

- *Se ha caído del doblao. (M24.U.21)*
- *Yo escuchaba ¡se ha caído del soberao! Pero no entendía muy bien lo que era. (M23.U.19)*

“*¿Se ha caído por las escaleras?*” es otra de las expresiones que se repite mucho en los testimonios de las informantes para indicar que la niña ya se había desarrollado.

- *Sí, “¿te vas a caer de la escalera!”, además yo me acuerdo que cuando me puse mala era de noche en verano y al día siguiente me decían que no jugara mucho, era verano y mi madre ponía una manta y nos tumbábamos tós allí con el cachondeo y ya lo típico, que si no te podías poner esto, que tenías que tener más cuidao, pero vamos... en mi casa era un tema normal cuando llegó mi padre se lo dijo mi madre y a mis vecinas que me decían: “¡ay, ya te has caído de la escalera!”. Porque fui la primera de mis amigas que se puso, ya después fueron cayendo todas. (M2.R.31)*

Incluso era común utilizarla en el colegio:

- *No, en el colegio no te decían como hoy toas las cosas... ¡allí no te decían ná!, sino que... ¿te has caído de la escalera!, ¡eh, pues ya está! Que era lo que te decían: “¿te vas a caer de la escalera!”. (M1.R.65)*

c) Por último, señalar también con respecto a la idea de “caerse”, la de caerse de animales, concretamente de los burros.

- *Sí, la de se ha caído del burro y la de se ha caído por las escaleras. (M23.U.19)*
- *Yo he escuchado, ¡ya es pollita! Me chocó porque no entendía esa expresión. (M4.G2.R.19)*

Se aprecia que dependiendo del contexto se va a utilizar una expresión u otra o incluso no utilizar ninguna.

También aparece en varios testimonios la idea de que “caerse por las escaleras”, o “caerse por la azotea” fuese realmente un accidente, al no conocer la simbología de la expresión relacionada con la metáfora. Casos por ejemplo en los que las familias paterna y materna eran de distintas localidades, una de las familias pensaba que realmente había sido un accidente, no entendieron la metáfora por no conocerla.

- *Cuando mi hermana se puso con la regla fue un boom en casa, más que nada porque alguien vio a mi hermana muy inquieta y alguien dijo: “pues se ha caído la niña por la escalera” y la familia, como era la primera nieta, la primera sobrina, la primera..., pues todos pensaban que se había caído por la escalera realmente y entonces fue un “boom” en toda la, en toda la familia. Yo recuerdo eso, que se pensaban que había sido un accidente.*
(M15.U.56)

En otros casos es la propia niña la que no ha escuchado jamás esa expresión, y se queda asombrada al escucharla:

- *Yo recuerdo que a mí me vino el primer día de colegio además, y cuando llegué a casa estaba haciendo pipí y me manché y llamé a mi madre y mi madre estaba hablando con mi abuela y le saltó... ¡Antonia, que tu nieta se ha caído de la escalera! Mira, cuando escuché eso me entró de todo... ¿Qué estás hablando? Sí, sí, sí... que tu nieta se ha caído de la escalera... Esa era la expresión para cuando te venía la regla por primera vez.*
(M7.G2.U.22)

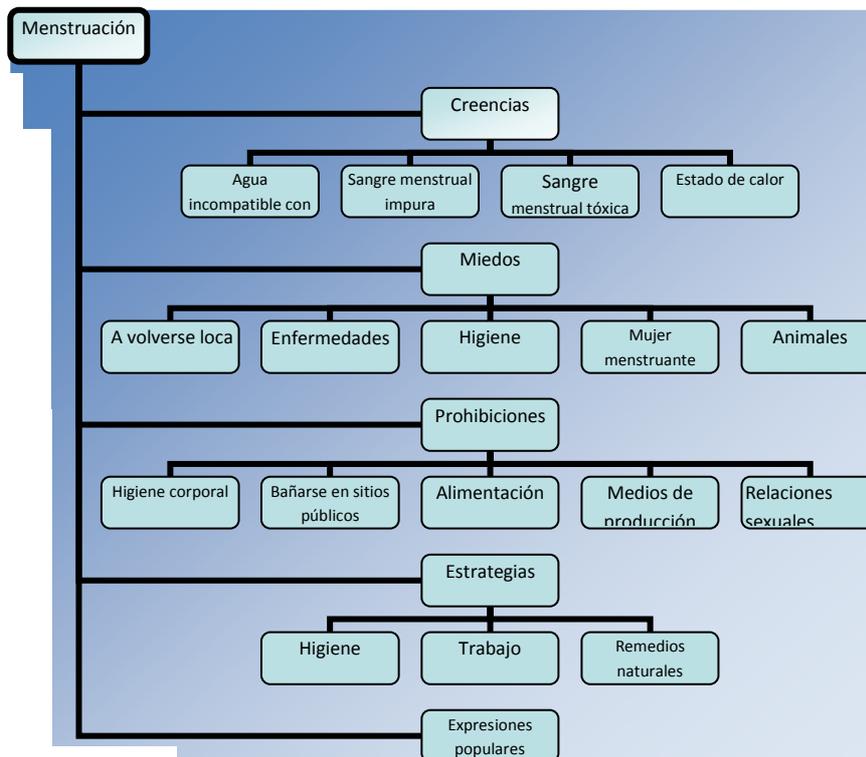
Otra de las informantes refiere cuándo le explicaron a ella esa expresión, ya que también se quedó preocupada al escucharla y pensaba que se había producido un accidente:

- *“Se ha caído por la escalera”, allí decía, Rosario, que era una muy graciosa, que su marido era del Sevilla presidente, decía: “ea, ya se ha caído mi Dolores por la escalera” y un día, claro, yo no sabía eso lo que significaba, como había dos escaleras en la casa, digo “¿Y se ha hecho algo, Rosario?”. “-No, no se ha hecho nada, sino que antes era una niña y ya es una mujer, ya tiene que tener cuidado...”. Y yo ya corriendo, ya se habrán enterado de esas cosas... digo “¿y para qué dice que se ha caído por la escalera?” “Sí, hombre, no voy a ponerme a decir abí...”; es que todo el mundo tenía esa..., ese temor de decir “mi hija se ha desarrollado y ya es mujer” para lo que venga y hay que tenerlos enterados a los hijos.*
(M22.U.77)

5.3. MENSTRUACIÓN Y CICLO MENSTRUAL

En la investigación se ha comprobado, como se expuso en el capítulo 2, que la menstruación como fenómeno fisiológico está imbuida en nuestra sociedad de fuertes connotaciones sociales y culturales que van más allá del proceso fisiológico en sí.

Figura 8. Representaciones sobre la menstruación



[Fuente: elaboración propia]

Este proceso biológico sigue teniendo hoy en días cierto halo de tabú, aunque no tan marcado como la menarquía; además, se aprecia por los testimonios que hoy en día el hablar de la menstruación está más normalizado, quizás por la influencia de los medios de comunicación y la publicidad de los productos relacionados (compresas, tampones, salva slip)

- *Nosotras no hablábamos de esto con nadie con nadie, porque era un tema tan íntimo, tan íntimo... ahora veo que las niñas lo hablan con cualquiera... yo creo que se ha pasado de un tema a otro... no es que yo considere que es un tema tabú, pero es como cuando quieres*

hacer una necesidad fisiológica que no se te ocurre comentárselo a nadie, esto igual, es un tema íntimo. (M4.G1.U.52)

Pero el que se hable con otras personas, siempre cercanas, como en el caso de lo que refiere la informante, no significa que la calidad de la información que tienen las niñas sea la correcta.

- *A mi hermana no le contaba nada, pero a mí, como era la que llevaba el tejemaneje de todo, me lo contaba, decía que eso era una cosa que había que tener mucho cuidado, porque cuando faltaba se quedaban las niñas embarazadas, que no se podía si algún hombre me llamaba por algún sitio que nunca le hiciera caso, ni aunque me diera dinero ni aunque me diera, tú sabes... y luego eso, lo del plan de la ropa³⁶⁸. (M22.U.77)*

Para autoras como Victoria Sau, el ciclo menstrual es un hecho femenino, y como la mujer es el sexo dominado, los mitos y los tabúes no hacen sino manifestar esta situación en sus formas de presentarse³⁶⁹. Y siguiendo a esta autora, tabú significa, entre otras acepciones, lo prohibido, lo peligroso.

La menstruación ha sido vivida por muchas mujeres como experiencia traumática, debido a la falta de información que se comentaba anteriormente con respecto a la menarquia. Asimismo, en nuestra investigación se ha podido constatar la existencia de creencias erróneas relacionadas con la menstruación en el discurso de las mujeres, pero al mismo tiempo cómo ellas mismas han empezado a ponerlas en duda, como ellas indican “por su propia experiencia”. Creencias cuyo origen está en la consideración de la sangre de la menstruación como impura, tóxica, sucia, algo por tanto de lo que avergonzarse y tener que ocultar.

- *Lo del tampax era ponértelo a escondidas y esconder las cajas porque ya no eres virgen. Cuando yo tuve la endometriosis le echaron la culpa a los tampax. Pero vamos, no se les puede culpar porque ellas mismas eran ignorantes, porque era un tema tabú, había que ocultarlo y no se decía nada.*

³⁶⁸ Se refiere a los paños higiénicos y todo el proceso de lavado. Se explicará en el apartado de “estrategias”.

³⁶⁹ *Ibíd.* p. 51.

Lo que destacamos y creemos muy importante es que estas creencias erróneas y negativas continúan arraigadas en muchas mujeres, y que están basadas principalmente en la falta de información objetiva y veraz:

- *Yo sí, yo no podía tocar nada; yo lo viví en primera persona, era una cosa demencial en ese sentido. No había información ni donde verlo, no es como ahora con internet. Yo tengo 47 años, los años 70 fueron mi pubertad, mi juventud, y es que en las bibliotecas municipales tampoco había cosas de mujeres, y es que no había forma de documentarte. Yo me acuerdo que iba a la biblioteca municipal para ver que órganos tengo, cómo funcionan... ¡y no había ni un libro, pero ninguno!... pero es que las monjas tampoco sabían nada; las cosas que sabemos es eso, por pura experiencia, en ese sentido los primeros años igual que mi madre, hasta que más tarde te vas informando y bueno... por esa parte superas los traumas como los superamos todos. (M6.G1.R.47)*

Se trata de relatos sobre sus propios cuerpos en los que introducen otros niveles de muchísima importancia: la necesidad que tenían las mujeres de aprender, de conocer su propio cuerpo, entendiendo por ello la fisiología del ciclo menstrual, de los embarazos, de los partos, en general de los aspectos relacionados con la salud reproductiva. Un deseo que se ve claro también en el testimonio sobre su adolescencia de la siguiente informante:

- *Estar en un pueblo de Extremadura en plena represión franquista en un pueblo alejado de la capital, en una de las regiones más atrasadas de España, ¡pues tú te puedes imaginar! Yo leía a Bécquer, a Machado... tú leías yo que sé ¡a Baroja! y decías, este mundo no es el mío y esto que estoy viviendo no es realmente lo que yo necesito; sabes, son descubrimientos míos; a través de la literatura yo me realicé, conocí la importancia de la mujer, lo que podía aportar la mujer por el hecho de serlo, que nosotras creábamos. (M7.R.60)*

Por tanto, podemos afirmar que las mujeres han tenido y siguen teniendo un gran descontrol y desconocimiento sobre sus propios cuerpos. Siguiendo a Rosa María Navas, el control y el saber sobre sus propios cuerpos está inspirado en la premisa de Foucault que confiere al saber una forma de poder y de control que ejercen aquellos/aquellas que lo detectan y que se activa en las relaciones de poder. “En tal

caso, las mujeres que han sido excluidas mediante el sistema sexo-género de un protagonismo social, arrastran un desconocimiento de su propio cuerpo, sexualidad y reproducción. Por lo tanto es un dispositivo de poder del cual carecen y que tiende a mediatizar la relación que establecen con todo lo relacionado a su vida reproductiva”³⁷⁰.

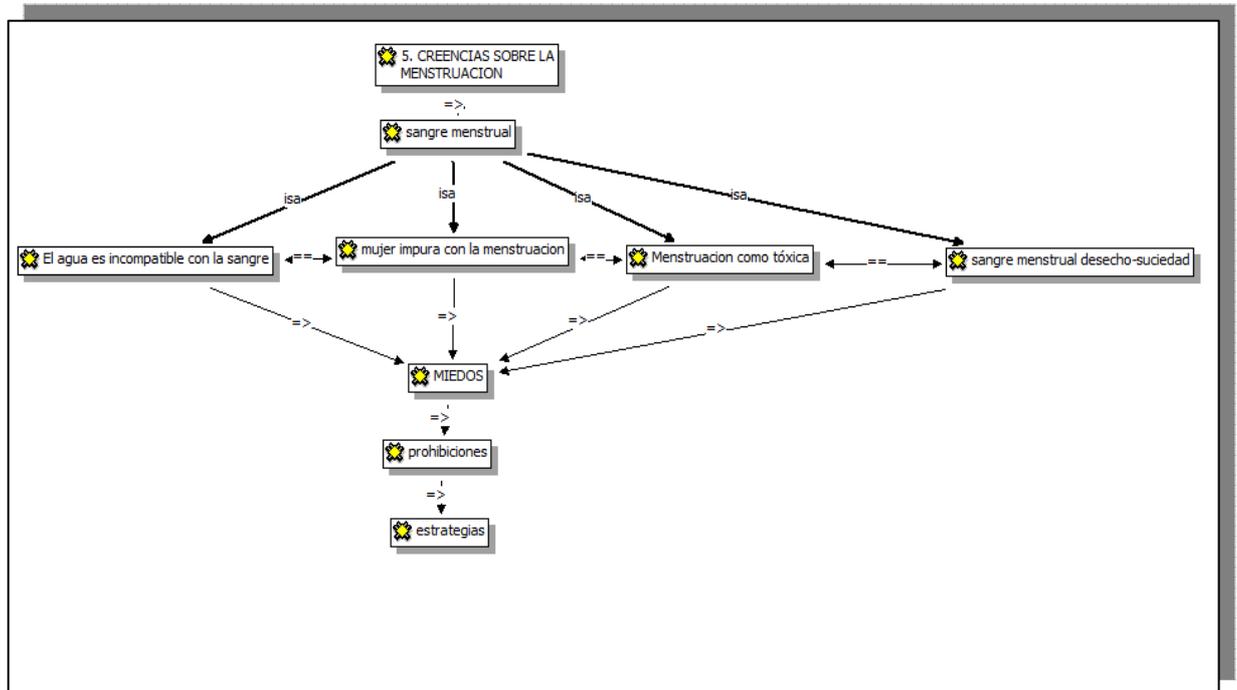
5.3.1. Creencias sobre la sangre menstrual

Antes de comenzar este apartado, es preciso señalar que a lo largo de la investigación se ha constatado que las creencias erróneas obtenidas con marcado carácter negativo acerca de la menstruación llevan impregnadas unos miedos y temores relacionados con la propia creencia. A su vez estos miedos articulan una serie de prohibiciones sociales que trascendían a la mujer en sí, con el propósito de “que no le pasará eso a los que temían según la creencia”; y por último estas prohibiciones implicaban estrategias para las mujeres, que tenían que vivir su propia menstruación pero según “los mandatos sociales en muchos casos”, por lo que tenían que ingeniárselas para ello. Aunque en los discursos de las mujeres aparecía todo unido y sin un orden, la investigadora, en el largo y exhaustivo análisis, fue incorporando cada fragmento según la categoría de análisis resultante y las ordenó temporalmente como creencias, miedos, prohibiciones y estrategias para facilitar su estudio y poder establecer relaciones entre ellas. Es así como se van a ir exponiendo los resultados, siguiendo el orden expuesto de creencias, miedos, prohibiciones y estrategias.

Todas las creencias y temores relacionados con la menstruación se transmitían de forma oral y todavía están presentes en la mentalidad de muchas mujeres, aunque cada vez más cuestionadas. Las principales creencias que se repiten en la mayoría de los testimonios, tanto en las entrevistas en profundidad como en los grupos de discusión, son: que el agua es incompatible con la sangre menstrual, que la sangre menstrual es impura, que es tóxica y que está compuesta por suciedad y desechos. Las principales creencias recogidas tras el análisis de la información fueron las que se reflejan en la figura 7 (véase ANEXO XI).

³⁷⁰ Rosa María Navas, *op. cit.*, p.132.

Figura 9. Principales creencias sobre la sangre menstrual



[Fuente: Elaboración propia]

A continuación se ilustraran las creencias erróneas negativas acerca de la menstruación que se han obtenido a lo largo de la investigación y las actitudes negativas que implican.

5.3.1.1. El agua es incompatible con la sangre menstrual

Es común en casi todas las entrevistadas el tópico de que la sangre menstrual es incompatible con el agua. En vez de tener efectos beneficiosos de higiene, el simple hecho de ducharse puede tener efectos muy perjudiciales en la salud de la mujer menstruante, por tanto, según esta creencia durante la menstruación hay que tener el mínimo contacto con el agua y durante esos días, por ejemplo, no te puedes bañar (mejor ducharse porque es más rápido) ni lavar la cabeza. Existe incluso en las mujeres más mayores la creencia de que no se pueden duchar, sino solo asearse, es decir; lavarse en seco “por partes”, con la ayuda del bidé o palangana. Piensan que si te bañas estando con la menstruación, se te “corta” y que cuando vuelve es muy doloroso, y que no se pueden mojar ni lavar el cabello por riesgo de “perder la cabeza”. La idea se basa en

que una mujer que esté con la menstruación no puede estar en contacto con el agua; si toca el agua, aunque solo sean los pies, se le puede “cortar”. Igualmente se aprecia en las informantes más mayores un temor referencial al hecho de mojarse los pies durante la menstruación.

- *Lo típico de que no te podías lavar la cabeza, de que solamente te podías asear por partes, de no ducharte completa, algunas cosillas así. (M6.R.46)*
- *Bueno el peligro ese de no poder remojarte o de no bañarte porque dice que se cortaba la regla, ¡fíjate tú! (M10.U.48)*
- *El agua corta la sangre. (M23.U.19)*
- *Que no te bañaras porque estaba prohibido bañarse, por supuesto cuando salieron los *tampax*; eso estaba demonizado y era como si te desvirgaran y era un problema ponerte un *tampax*; entonces, nuestros ciclos vitales han estado llenos siempre de traumas y estigmas de ese tipo. (M4.G1.U.52)*

Estas creencias erróneas que son transmitidas en ocasiones incluso desde el propio sistema sanitario, como nos indica la siguiente informante:

- *Cuando tuve a mi hija y ya me volvió la regla uno de los meses me dolió otra vez muchísimo y fui al ambulatorio del pueblo por si me veían. Allí me atendió el médico y me preguntó- ¿no te habrás bañado no?, y yo le dije que sí, que para ir a la consulta. Me echó una riña brutal, que me dolía por mi culpa, porque con la regla no nos podemos mojar que eso es malísimo, que se me había cortado el cuerpo. Menos mal que el enfermero me veía y me hacía señas de que no le echara cuenta. Cuando salí me puso el enfermero una inyección y me dijo que no le echara cuenta. Era árabe el médico ese. Mi marido cuando se le conté casi fue para pedirle explicaciones. (M5.G3.R.35)*

Esta creencia de la incompatibilidad del agua con la sangre menstrual articula una compleja red de miedos que se explicará en el apartado 5.3.2.1. Miedos con respecto a la higiene.

5.3.1.2. La sangre menstrual es impura

Tabú hemos dicho que significa lo prohibido, lo peligroso, también lo intocable; pero lo intocable tiene al mismo tiempo el carácter de sagrado.

La creencia en la nocividad de las mujeres menstruantes es muy antigua, pues se creía que la sangre menstrual contenía sustancias extrañas, irritantes, tóxicas o incluso venenosas. Plinio, en su importantísima obra *Historia Natural* ofrece una extensa lista de las creencias de los romanos relacionadas con la menstruación:

“El contacto con el flujo mensual de la mujer amarga el vino nuevo, hace que las cosechas se marchiten, mata los injertos, seca semillas en los jardines, causa que las frutas se caigan de los árboles, opaca la superficie de los espejos, embota el filo del acero y el destello del marfil, mata abejas, enmohece el hierro y el bronce, y causa un terrible mal olor en el ambiente. Los perros que prueban la sangre se vuelven locos, y su mordedura se vuelve venenosa como las de la rabia. El Mar Muerto, espeso por la sal, no puede separarse excepto por un hilo empapado en el venenoso fluido de la sangre menstrual. Un hilo de un vestido infectado es suficiente. El lino, cuando lo toca la mujer mientras lo hierve y lava en agua, se vuelve negro. Tan mágico es el poder de las mujeres durante sus períodos menstruales, que se dice que lluvias de granizo y remolinos son ahuyentados si el fluido menstrual es expuesto al golpe de un rayo.” Plinio el Viejo, *Historia Natural*, libro 28, cap. 23, 78-80; libro 7, cap. 65³⁷¹.

Como se aprecia en el texto anterior, no solo las mujeres eran consideradas “impuras” durante el embarazo y la menstruación, sino que además tenían el peligro de contagiar su impureza. Los griegos creían que la impureza de una mujer menstruante era como la de un cadáver corrompiéndose.³⁷²

Simone de Beauvoir, en su libro *El segundo sexo* (1949), en la tercera parte de su libro, “Mitos”, en el capítulo primero, hace un recorrido por los principales tabúes y

³⁷¹ Plinio Segundo, Cayo. *Historia natural*. Obra completa. Madrid: Editorial Gredos.

³⁷² *Ibidem*.

mitos menstruales. Ella señala que en el momento que es capaz de engendrar, la mujer se vuelve impura. Hace un repaso a los severos tabúes que las sociedades primitivas hacen a las muchachas en el primer día de la menstruación, como dejarlas expuestas sobre el tejado de una casa, abandonadas en una cabaña situada fuera de los límites del pueblo, incluso no poder tocarlas ni mirarlas. Una vez pasada esta primera prueba los tabúes menstruales son menos severos pero siguen siendo rigurosos y estrictos³⁷³

En la Biblia también aparece la idea de la menstruación como señal de impureza y suciedad. Concretamente en el libro del Levítico del Antiguo Testamento, señalando que la mujer que tiene el flujo menstrual estará siete días en impureza. “Quien la tocara será impuro hasta la tarde”³⁷⁴.

Pero la impureza no aparece en la mujer solo con el hecho de la menstruación; también con el hecho de dar a luz:

- Cada mes, había siete o más días durante los cuales ella estaba ritualmente impura.
- Ellas necesitaban purificación después de dar a luz; cuando nace un varón la madre estaba impura por cuarenta días, cuando es niña, son ochenta días (Levítico 12:1-8).

Como se aprecia, cuando es una niña la impureza es el doble de cuando es un niño.

Simone de Beauvoir indica, a este respecto, que esta idea de impureza menstrual que aparece en el Levítico es igual que el texto que trata la impureza en el hombre producida por la gonorrea. Incluso el sacrificio purificador es idéntico en ambos casos. Una vez purificada del flujo, hay que contar siete días y traer dos tórtolas o dos palomas al sacerdote, que se las ofrecerá en sacrificio. Estas leyes se hicieron más estrictas en la tradición rabínica.

Más antigua todavía es la prohibición hindú de tocar incluso el agua y la comida de su familia en los “días malditos”. Por otro lado, Mahoma da el siguiente precepto: “La menstruación es un mal; manteneos apartados de las mujeres hasta que se vuelvan puras”³⁷⁵.

Simone de Beauvoir se plantea como en las sociedades matriarcales las virtudes de la menstruación sean ambivalentes.

³⁷³ Simone de Beauvoir. *El segundo sexo*. (2ª ed). Madrid: Cátedra Feminismos; 2008. p. 235.

³⁷⁴ Levítico 12, 1: 8. Antiguo Testamento.

³⁷⁵ Victoria Sau. *Reflexiones feministas para principios de siglo*. op. cit. p. 53.

“Por una parte paraliza las actividades sociales, destruye la fuerza vital, agosta las flores, hace caer los frutos; pero también tiene efectos benéficos: se utiliza en filtros amorosos, en remedios destinados a curar los cortes y las magulladuras. Incluso ahora hay indios que, cuando salen a luchar contra los monstruos fantasmagóricos que rondan por sus ríos, colocan en la proa del barco un tampón de fibras impregnado con sangre menstrual: sus emanaciones son nefastas para los enemigos sobrenaturales. Las jovencitas en algunas ciudades griegas llevan en homenaje al templo de Astarté la compresa manchada con su primera regla. Desde la llegada del patriarcado, ya solo le quedan poderes nefastos al licor turbio que mana del sexo femenino”³⁷⁶.

De acuerdo con esta filósofa, sería muy insuficiente asimilar estas repugnancias a las que suscita en general la sangre, ya que la sangre en sí es un elemento sagrado, significando a un tiempo la vida y la muerte. Sin embargo, los poderes maléficos de la sangre menstrual son mucho más singulares.

Creencias similares que tenían como base la malignidad de la sangre menstrual, se extendieron por toda Europa durante el siglo XIII. Se creía que impedía germinar los cereales y agriaba los mostos; también era capaz de empañar los espejos, embotar las navajas. La proximidad de la reglante haría que se estropease la masa del pan, que no se ligara la pasta de buñuelos y rosquillas, que creciera el hollín en las calderas, que se marchitaran las flores y que huyeran las abejas de las colmenas. Además los enfermos empeorarían si se les acercaba una mujer menstruante. Por el contacto directo con la sangre podrían morir las plantas y los árboles perderían sus frutos, además los perros si la lamían podrían contraer la rabia. Este supuesto efecto pernicioso de la sangre menstrual llevó indefectiblemente en Europa a establecerse una serie de prohibiciones y prescripciones sociales que afectaban directamente a la mujer menstruante. Incluso en el Concilio de Nicea se prohibió la entrada en las iglesias a las mujeres que estuvieran con la menstruación.

De Beauvoir da referencias como:

³⁷⁶ Simone de Beauvoir. *El segundo sexo. op.cit.* p. 235.

“En 1878, un miembro de la Asociación Médica Británica, envió una comunicación al *British Medical Journal* en el que declaraba que: “Es un hecho indudable que la carne se corrompe cuando la tocan las mujeres con la regla”; dice conocer personalmente dos casos en los que se estropearon los jamones por esta circunstancia. A principios de siglo, en las refinerías del norte, un reglamento prohibía a las mujeres entrar en la fábrica cuando estaban aquejadas por lo que los anglosajones llaman “the curse”, o la maldición, porque el azúcar se ennegrecía. En Saigón no trabajan mujeres en las fábricas de opio: por efecto de su regla, el opio se estropea y se vuelve amargo. Estas creencias perviven en muchas zonas rurales francesas. Cualquier cocinera sabe perfectamente que una mujer indispueta no puede ligar una mayonesa, ni es posible a veces hacerlo en su presencia”³⁷⁷.

Entre los tabúes relativos a la mujer en “estado de impureza”, según indican autoras como Simone de Beauvoir y Victoria Sau, no hay ninguno tan riguroso como el de la prohibición de tener comercio sexual con ella. El levítico condena a siete días de impureza al hombre que transgrede esta ley. La interpretación que daba a esta autora a este hecho es que “dado que el principio femenino se considera en el grado máximo de su fuerza, se teme que en un contacto íntimo pueda vencer al principio masculino”³⁷⁸ También parece que el contacto con el fluido menstrual durante las relaciones sexuales puede causar inflamación en el tracto urinario masculino.

En los testimonios de nuestras informantes se ejemplifica en el presente esa prohibición de entrar en la iglesia, en el sentido de compartir con el resto de la comunidad en una situación de impureza:

- *Si es que la mujer misma es impura cuando echa la sangre; una mujer, cuando tiene la regla, no entra en la iglesia. (M19.RUMANA.35)*

- *En mi país cuando estamos con la regla no podemos entrar en la iglesia y mucho menos comulgar, estamos impuras, está prohibido. Yo aquí tengo amigas españolas que cuando están con la regla van también a misa y comulgan, por Dios qué barbaridad, estamos*

³⁷⁷*Ibíd.* .p .236.

³⁷⁸ *Ibíd.* p. 238.

sucias... eso no se puede hacer... igual que acostarse con el marido... esos días no puedes, estás sucia, impura, y mucho menos encima comulgar al día siguiente ¡qué barbaridad!
(M4.G3.U.UCRANIANA.42)

5.3.1.3. La sangre menstrual es tóxica

De acuerdo con Simone de Beauvoir, lo más curioso es que la acción de la sangre menstrual está relacionada con ideas de crema que se agria, de mayonesa que se corta, de fermentación, de descomposición; se suele decir que también puede provocar la ruptura de objetos frágiles, hacer saltar la cuerda de violines y arpas; pero sobre todo tiene influencia sobre las sustancias orgánicas, a mitad de camino entre la materia y la vida; y no es tanto por ser sangre como por emanar de los órganos genitales. Sin ni siquiera conocer su función exacta, se sabía que estaba relacionada con la germinación de la vida; incluso ignorando la existencia del ovario, los antiguos veían en el flujo menstrual un complemento del esperma.

Según esta autora, lo que convierte a la mujer en impura no es la sangre, que es más bien una manifestación de su impureza, sino que está relacionada con la fertilidad. Para Beauvoir no es la servidumbre biológica la causa directa de la opresión, sino una cultura que redefinió el factor biológico en esos términos. De los tres factores que concurren en la opresión de la mujer, según la hipótesis de Beauvoir –ontológico, biológico y cultural-, el factor decisivo es el cultural.³⁷⁹

Un factor que influye poderosamente en el medio de la mujer menstruante. Se observa en múltiples creencias que afectan a las comidas caseras, bodegas, matanzas, etc.

- *Yo por mi familia por parte de madre eran agricultores, tenían campos y sembraban. Mi abuelo se la llevaba a sembrar. Una de las veces que estaba con la regla cuenta mi madre que mi abuela le dijo a mi abuelo que no se llevara a mi madre a sembrar porque no le iba a salir ni un pimiento. ... y mi madre cuenta que curiosamente todo lo que mi madre plantó no salió nada... ni un pimiento... ella tiene la creencia absoluta que es de la regla... también se le corta la mayonesa.* **(M3G1.U.35)**

³⁷⁹ *Ibíd.* p. 21.

5.3.1.4. La sangre menstrual es suciedad/desechos

Relacionada con la idea de impureza está la idea de la suciedad de la sangre menstrual. La antropóloga británica Mary Douglas, en su famosa obra *Pureza y peligro*, de 1973, en el primer capítulo, establece relaciones entre la idea de higiene y suciedad y la de pureza e impureza, en los rituales de las sociedades no complejas. La menstruación como sinónimo de suciedad, desechos, impureza, se encuentra en todas las culturas y en todos los tiempos y, como dice Mary Douglas, tiene por finalidad poner a la mujer en situación marginal.³⁸⁰

- *Las antiguas eran muy antiguas... era como algo sucio... no se podían tener relaciones cuando se tenía el periodo. (M8.U.46)*

- *Depende, hay gente que dice que es una sangre sucia, hay gente que dice que es la más limpia; yo no me creo que sea limpia, ¿no? Ahora hablando, pensando científicamente, ¿no?, como un médico, pues eso no puede ser sangre limpia, ¿no?, es una sangre que la ha rechazado el cuerpo, al fin y al cabo. (M19.RUMANA.35)*

- *Va sucia a la iglesia, no puede ir así. (M19.RUMANA.35)*

- *Un recién nacido, no tocarlo, porque dicen que le estás ensuciando, que nada más que puede tocarlo la madre hasta que lo bautiza a las siete semanas. Una mujer que tiene la regla no puede tocarlo. Solamente su madre y otra mujer que no tenga la regla. (M19.RUMANA.35)*

Relacionado con la idea de menstruación como suciedad y también como impureza, es el hecho de que cuando se bautiza, cuando recibe la gracia del bautismo, ya sí se levanta esta prohibición de que ninguna mujer menstruante puede tocarlo.

- *Mientras no está bautizado el niño hay que tirar el agua a un sitio limpio, que no sea de... residuos sucios. (M19.RUMANA.35)*

³⁸⁰ Mary Douglas. *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú* (1ª ed) Buenos Aires: Nueva Visión, 2007.

5.3.2. Miedos durante la menstruación

Los hombres desde siempre le han atribuido peligros a la contaminación con la sangre menstrual; estos peligros justifican la severidad con que se aparta a las mujeres de actividades económicas, políticas o religiosas.³⁸¹

Sin embargo, llegados a este punto, tenemos que resaltar que con respecto a la menstruación existen, por un lado, supersticiones femeninas relacionadas con la menstruación que, aunque hoy en día están desfasadas, tienen por objetivo proteger la salud física de la mujer, preservándola de enfermedades y padecimientos, como, por ejemplo, la prohibición de no mojarse los pies durante la menstruación por miedo a que se “pudiese cortar”.

Tras el análisis de los discursos se observa que todo lo relacionado con la menstruación ha estado “imbuido”, en la mayoría de las informantes, de miedos profundos sin ningún fundamento científico o médico; miedos que, debido a la ignorancia de las propias mujeres en los temas de la salud reproductiva, se han ido transmitiendo de generación en generación hasta llegar a nuestros días. Las mujeres que vivían y viven con estos miedos integrados lo pasaban verdaderamente mal ante situaciones tan inofensivas como el mojarse los pies en los días de la menstruación. Se aprecia en los testimonios que el sentimiento de miedo era porque no querían que les pasara a ellas nada malo, y cuando tienen hijas que no les ocurriese nada malo a sus hijas, incluso a sus nietas. Es decir, en muchos casos, toda la vida vivían atemorizadas, ya que muchas de estas mujeres interiorizaban estos miedos como verdaderos y casi dogmas; pero, como se ha expuesto, no eran reales, aunque tuvieran el objetivo de proteger a la mujer.

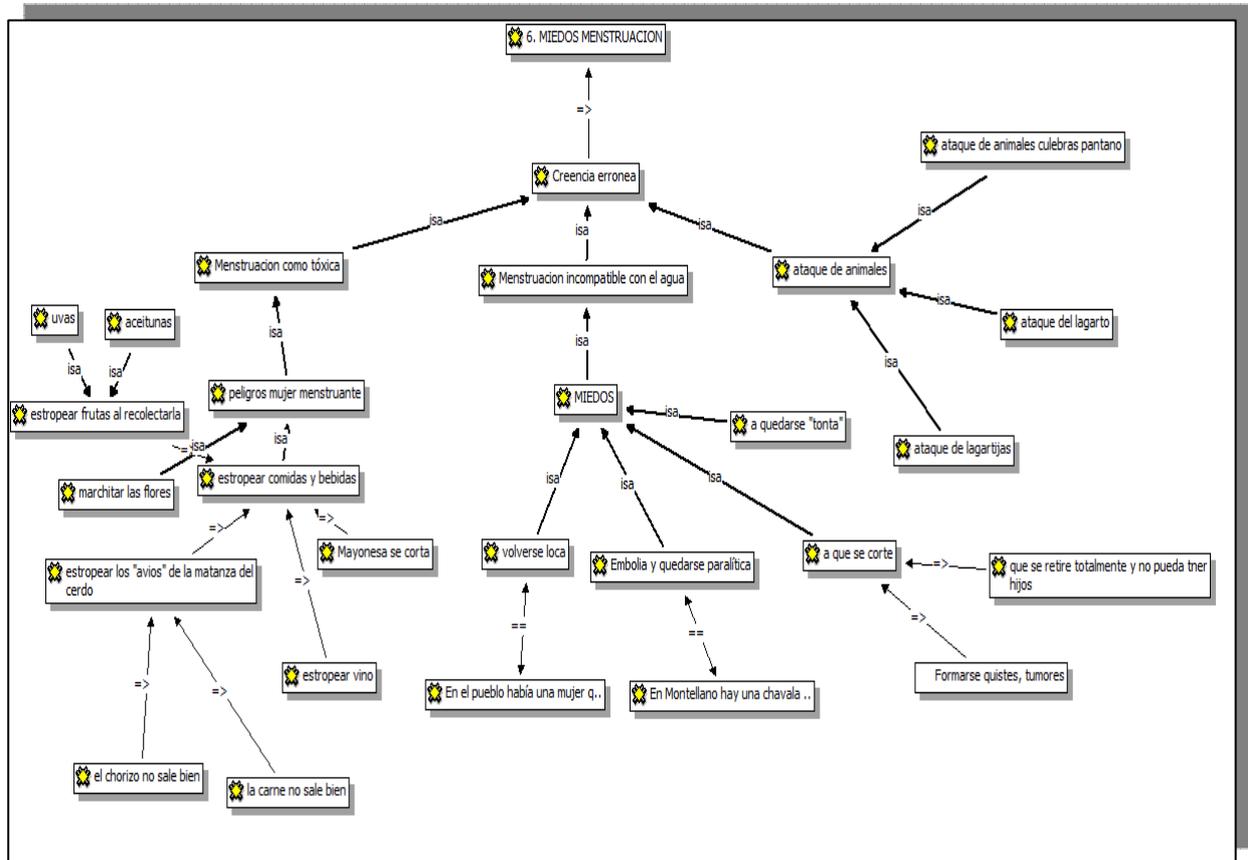
Pero, por otro lado, existen los tabúes menstruales en la mentalidad masculina, los cuales sirven para ser “utilizados por los hombres como justificación de las normas que apartan a las mujeres de los medios y las relaciones de producción”³⁸².

A continuación se presenta una clasificación muy amplia de dichos temores (miedo con respecto a la higiene) y tabúes (miedos hacia la mujer menstruante) y cómo servían para separar a las mujeres de la producción y distribución de bienes.

³⁸¹ Victoria Sau. *Diccionario ideológico feminista. op. cit.*, p. 199.

³⁸² *Ibíd.* p. 200.

Figura 10. Principales miedos en relación con la menstruación

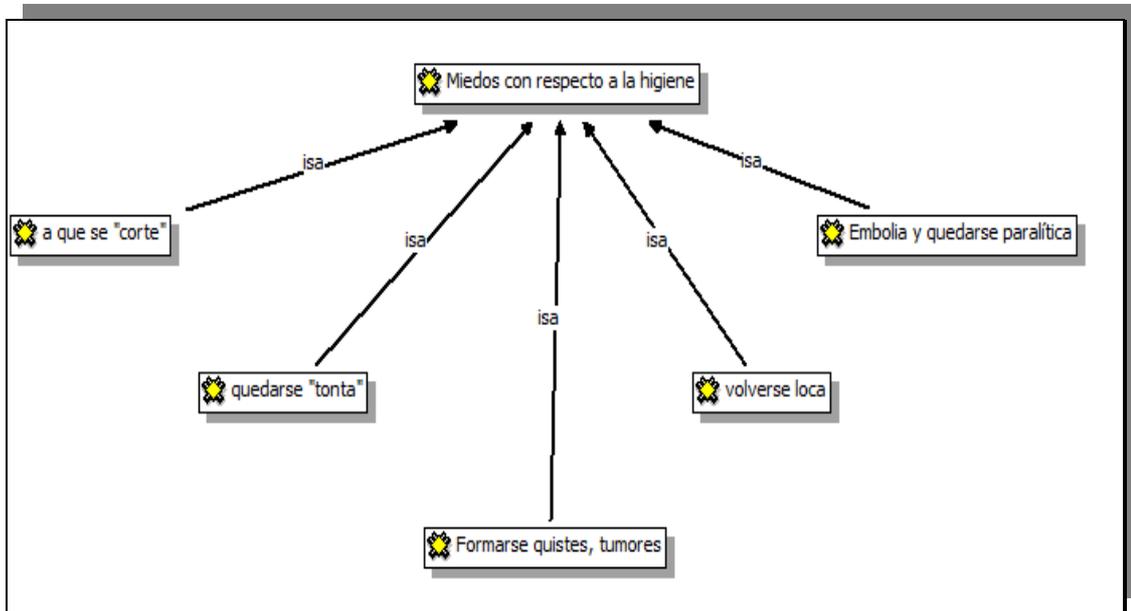


[Fuente: Elaboración propia]

5.3.2.1. Miedos con respecto a la higiene

Son un conjunto de miedos muy extendidos, según hemos podido descubrir, ya que aparecen en todas las técnicas de investigación utilizadas: las entrevistas y los tres grupos de discusión. Se basan principalmente en que la sangre menstrual es incompatible con el agua; por eso, el mínimo contacto de la mujer menstruante con el agua puede tener efectos devastadores para su salud. Este miedo estaba muy presente en las informantes de más de sesenta y cinco años. Hoy en día, como se ha comprobado en la investigación, se sigue transmitiendo en algunas mujeres, pero ha perdido mucha fuerza. El único objetivo era proteger a la población femenina de posibles males o afecciones. En la Figura 9 se reflejan los que hemos encontrado en los testimonios.

Figura 11. Miedos relativos a la higiene y la menstruación



[Fuente: Elaboración propia]

a) Miedo a que se “corte” la menstruación

El origen está en que la sangre menstrual es incompatible con el agua. Aunque también, como han manifestado las informantes, por su relación con la creencia de que la menstruación produce un estado de calor en el cuerpo que hay que mantener durante esos días. Las principales consecuencias de un “corte” de la menstruación son que cuando te vuelva sea más dolorosa, que se formen quistes o tumores por la sangre que ha quedado “cuajada” dentro del cuerpo, y que incluso se pudiese retirar de manera definitiva, con la consiguiente imposibilidad de poder tener hijos:

- *La regla podía cortarse, que se formaba por dentro una especie de quistes, de tumores, y eso era muy malo. (M12.BOLIVIANA.53)*
- *Antes se decía de no lavarte la cabeza, asearte pero no ducharte. Yo creo que no, que no tiene nada que ver, ya no se escucha tanto pero antes sí, mucho lo de bañarte. Veras tú, yo no me baño en la piscina porque se corta, pero ducharme sí, lo que es bañarte en piscina o en playa no porque se te corta, y yo he escuchado que meterte en agua fría*

también se te corta, que a lo mejor tú llenas la bañera con agua fría y te metes y se te corta pero que es malo, verás tú...porque luego cuando te vuelva... Pero vamos, que la gente lo hace queriendo pá que se corte, que por ejemplo te vas a casar y te has puesto de los nervios y te baja antes...yo sí he escuchao a gente que lo hace, se llena la bañera con agua helada pá que se te corte, luego cuando te vuelve a las 2 ó 3 semanas te viene mucho más dolorosa, eso es lo que dicen, hay gente que después se ponen tela de mala.

(M2.R.31)

b) Miedo a “quedarse tonta”

Según Mary Douglas, es “costumbre del adulto usar el deterioro de la salud como amenaza. La suciedad no es agradable, pero no es necesariamente peligrosa”³⁸³. En este sentido, se aprecia el temor de “quedarse tonta” si se lavaban la cabeza durante la menstruación en una entrevistada joven.

- *Que no te puedes lavar la cabeza porque te pones tonta, y mi abuela también me decía porque se te iba a quitar totalmente. (M16.R.23)*

c) Miedo a volverse loca

Consiste en el temor a que la mujer menstruante se pueda volver loca si se ducha o se baña durante la menstruación. Está muy relacionado con el miedo anterior.

- *En el pueblo había una mujer que una vez con el periodo se estaba bañando y de repente ¡uy! salió corriendo desnuda de su casa como las locas, porque eso es malísimo, esa mujer se volvió loca, perdió la cabeza por hacer eso, yo se lo digo a mi hija. (M4.R.42)*

d) Miedo a sufrir una embolia y quedarse parálitica

Miedo relacionado también con el hecho de mojarse la cabeza:

- *Sí, porque decían que es que, que si me lavaba el pelo estando mala me podía dar digamos como una embolia o algo de eso y quedarme parálitica. Es lo que decían. Si me lavaba la cabeza estando con la regla. (M6.R.46)*

³⁸³ Mary Douglas. *op. cit.*, p. 10.

Se observa en algunas informantes, asimismo, el temor de que se puede cortar por tomar alimentos ácidos o fríos.

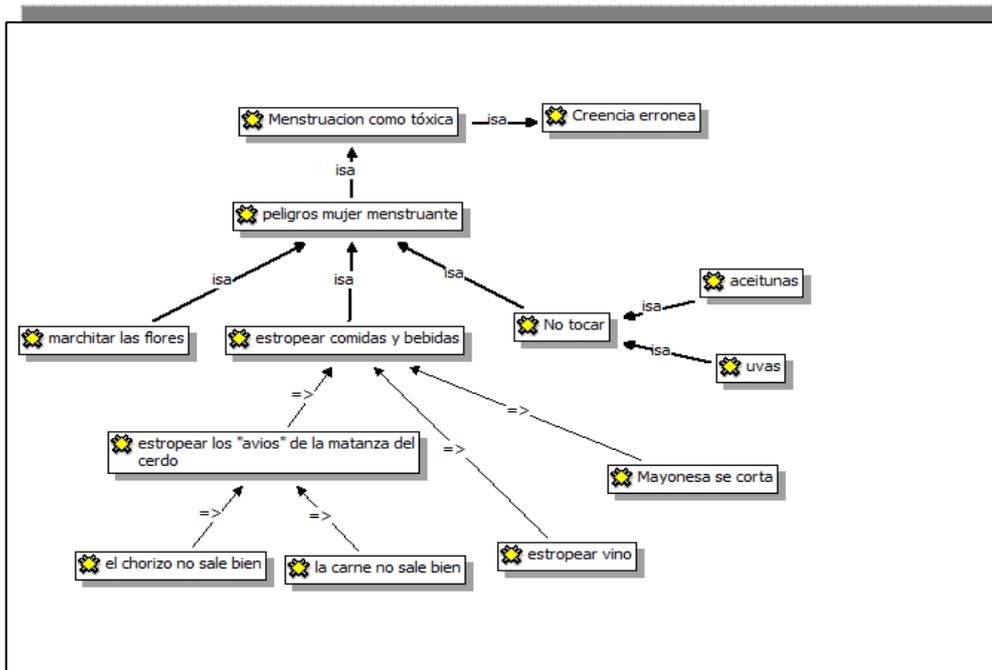
- *No te podías bañar, no podías tomar cosas de vinagre, ni naranjas en el tiempo de la naranja...nada de cosas ácidas...ni asustarte porque se te cortaba. (M11.R 84)*

- *No podía tomar helado porque se te cortaba la regla. (M16.R.23)*

5.3.2.2. Miedos hacia la mujer menstruante

Como se tuvo oportunidad de exponer en el capítulo 3, la sangre menstrual ha estado desde siempre imbuida de consideraciones de impureza y toxicidad, miedos basados principalmente en que la menstruación es dañina y que el simple contacto con la mujer menstruante puede tener efectos nocivos. También se relaciona con la creencia de la menstruación como suciedad y desechos. La idea era la de “no tocar”. Estos miedos, según los resultados de la investigación, van a tener otro objetivo: la segregación de las mujeres y el alejarlas a los principales medios y relaciones de producción.

Figura 12. Miedos hacia la mujer menstruante



[Fuente: Elaboración propia]

a) Miedo a que se marchiten y se estropeen las flores

Es una creencia muy extendida, que aparece en casi todas las técnicas y grupos de edad de las informantes. No se puede tocar ni regar las plantas por miedo a que el contacto con la mujer las marchitase y se estropearan.

- *También decían que se seca la flor, que si tú la tocas hay personas que secan la flor, yo no sé... vamos..., eran cosas que se decían... tó el mundo dice que no pero... (M1.R.65)*

Algunas informantes refieren el hecho de que incluso ni se podían regar:

- *No podías regar las plantas porque se marchitaban. (M6.R.46)*
- *No, lo único que decían era que mientras estuvieras con la regla no podías tocar las plantas porque se morían. (M10.U.48)*

- *Sí, por lo menos a mí mi madre me decía que no tocara las flores, cuando estuviera con la regla porque se marchitaba, que se quedaba mustia. Y eso se lo decía mi abuela y ella nos lo decía a nosotras dos. (M5.G2.R.19)*

Esta creencia sobre las flores, totalmente falsa, sigue hoy en día vigente, como ilustran estos testimonios de informantes jóvenes:

- *Yo lo de las plantas personalmente pienso que es verdad, porque mi madre tocó una y a los pocos días se puso fea, y para regarlas y todo... no se debe. (M6.G2.U.25)*
- *Mi madre también también dice eso de las flores... yo le digo que es una tontería, pero parece que no, que es verdad. (M5.G2.R.19)*

b) Miedo a que estropeen los frutos, como las aceitunas y las uvas

Aparece esta creencia centrada en el miedo a que se estropeen los frutos a la hora de recogerlos. Concretamente, en las informantes aparece con respecto a las aceitunas y a las uvas. Se sigue transmitiendo hoy en día, ya que las entrevistadas más jóvenes han sido informadas de esa idea.

El miedo consistía en creer que, por el simple hecho de tener la menstruación, fuesen a estropear las uvas si las tocaban.

- *Las uvas que tienes que coger de los viñedos no se deben de coger con la regla... esto a lo mejor también tiene que ver... con lo del vino, porque allí hay mucho mosto y mucho vino, por la parte de Trebujena. (M7.G2.U.22)*

a) Miedo a que estropee el vino y se convierta en vinagre

Relacionado con la idea de la toxicidad está este miedo, que se basa en que la mujer con la menstruación no debe tocar los recipientes donde se almacena el vino; por lo tanto, durante estos días, le va a estar prohibida la entrada a las bodegas. Este miedo aparece más en municipios productores de vino, donde hay bodegas.

El miedo consistía en que el vino se agriase convirtiéndose en vinagre.

- *En las bodegas no te dejaban entrar porque se agriaban. (M6.G2.U.25)*

b) Miedo a que cortase la mayonesa

Puede estar relacionada con la creencia de que la menstruación produce un estado de calor en el cuerpo, y que este calor estropea la mayonesa.

- *Si hacías mayonesa teniendo la menstruación se cortaba... a mí concretamente es que me ha pasado. Yo de todas formas las sigo por si acaso, creo que son en gran parte verdad.*

(M2.G3.U.52)

c) Miedo a que la mujer menstruante estropease los “avíos de la matanza”

Este temor estaría basado en que la mujer menstruante podía estropear los avíos de la matanza; es decir, los derivados que se preparaban artesanalmente como chorizos, morcillas... en las tradicionales matanzas. Por esta razón, se les prohibía la participación en las mismas durante los días de la menstruación; lo que para muchas mujeres era motivo de alegría, ya que colaborar en los avíos de la matanza eran tareas pesadas y nada agradables según refieren algunas informantes, en las que debían de llevar agua de un sitio para otro, limpiar sangre, recoger tripas y hacer embutidos.

- *En la matanza no podía participar la mujer con la menstruación. Se siguen dando y siguen las mujeres sin poder hacerlo. (M16.R.23)*

- *Que no pueden hacer los chorizos en la matanza. (M24.U.21)*

- *En mi casa se mataban cerdos todos los años, y bueno si tenías la regla, tú no podías tocar morcillas, no podías hacer chorizo. (M6.G1.U.47)*

- *También he escuchado lo de la carne de la matanza... que cuando tienes la regla y matas al animal no puede hacerlo alguien que tenga la regla porque se estropea la carne.*

(M4.G2.R.19)

Esta creencia de que la mujer menstruante estropease los avíos de la matanza es muy común en las informantes del medio rural, ya que la matanza ha sido una práctica muy común en los pueblos andaluces.

5.3.2.3. Miedos basados en el ataque de animales

Se piensa que las mujeres, por estar con la menstruación, son más susceptibles de ser atacadas por animales que acuden a ellas debido al olor de la sangre. Los principales animales que aparecen en el ideario colectivo como amenazas para la mujer menstruante son los lagartos, las bichas de agua y las lagartijas.

a) Ataque del lagarto en el campo

El temor que más aparece en los discursos de las entrevistadas a este respecto, y que se repite en mujeres de municipios cuya economía se basa principalmente en la agricultura, es el miedo a los lagartos, temor que sigue hoy en día vigente en las entrevistadas:

- *“Cuando se trabajaba en el campo con el tabaco, con los naranjos... ¡o lo que había!, y te ibas a orinar al campo te decía la gente ¡ten cuenta que hay un lagarto ahí! Y el lagarto estaba a lo mejor en lo alto del árbol... los lagartos son muy grandes [nos señala como su brazo estirado y un poco más]. Son verdes y azul. Los lagartos se decía pá las mujeres cuando estaban malas con el periodo que tuvieran mucho cuidao porque se les acercaban a ellas por el olor... Eso todavía los hay, los lagartos por el río”.* (M1.R.65)

Percibimos cómo la entrevistada nos narra la “leyenda” con verdadero temor³⁸⁴; el hecho de estar trabajando en el campo, de alejarte un poco por cualquier razón (ella da una muy natural como es la de orinar), y que por estar con la menstruación, te atacara un lagarto que acudía por el olor a sangre:

- *El lagarto está en los campos y se acerca a las mujeres que están con el periodo. Les trepa por las piernas y se va directamente al... [se señala entre piernas]. Mi madre siempre me preguntaba cuando me iba a trabajar al campo si me había puesto mala, yo pensaba que era porque, como tenía novio, a ver si me había llegado el periodo, ahora entiendo que era*

³⁸⁴ Es curioso observar cómo, aunque hayan pasado más de cuarenta años desde que M1 escuchara esta historia del lagarto mientras trabajaba, aún hoy sigue teniendo el miedo en el cuerpo de encontrárselo.

por el lagarto porque me decía ¡ten cuidado, ten cuidado! cuando estés con el periodo”.

(M4.R.42)

Los lagartos se definen en el *Diccionario de la Lengua Española*, en la 22ª edición, del año 2001, como:

“Reptiles terrestres del orden de los Saurios, de cinco a ocho decímetros de largo, contando desde la parte anterior de la cabeza hasta la extremidad de la cola. La cabeza es ovalada. Tiene boca grande, con muchos y agudos dientes, cuerpo prolongado y casi cilíndrico, y cola larga y perfectamente cónica. Las cuatro patas son cortas, delgadas, cada una con cinco dedos armados de afiladas uñas; la piel está cubierta de laminillas a manera de escamas, blancas en el vientre, y manchadas de verde, amarillo y azul, que forman dibujos simétricos, en el resto del cuerpo. Es sumamente ágil, inofensivo y muy útil para la agricultura por la gran cantidad de insectos que devora. Se reproduce por huevos que entierra la hembra, hasta que el calor del sol los vivifica”.

Ante lo cual nos preguntamos: ¿podría ser un mecanismo de control social para que no se alejaran las mujeres, no dejaran de trabajar, y no se apartaran las unas de las otras cuando estaban en las tareas del campo? Sobre todo porque, según esta definición, los lagartos son inofensivos, por lo que no podrían atacar a las mujeres. Saberlo, derrumbaría la idea de miedo de las mujeres del pueblo, las cuales creían que el lagarto era un “animal peligroso para la mujer menstruante”.

➤ *Los lagartos, los lagartos, sí, lo de la boca abierta. Eso viene porque tiene la regla, de eso sí me acuerdo, estaban en el campo y se metían en tu camino y venían corriendo hacia ti con la boca abierta si estabas con la regla y te decían ¡sal corriendo, que viene a por ti!*

(M13.R.40)

➤ *Que dice que a lo mejor tú estás en el campo y hay un lagarto y dice que si se va corriendo detrás tuya. Tampoco me lo creo porque, verás, no “ma pasao” nunca, pero digo: ¿qué sabrá el animal lo que tú tienes...? bueno, será por el olfato... ¿no? (M10.U.48)*

Es el caso de M1, durante toda su infancia y juventud, creía que eran ciertas, y ahora sin embargo escucha que no lo son, por lo que está, con respecto a este tema desconcertada y no sabe qué creer.

También aparece esta creencia en los testimonios de las mujeres jóvenes:

- *Sí, los lagartos pueden atacar a las mujeres cuando están con la regla. (M23.U.19)*

Y en los grupos de discusión:

- *Por los lagartos no se podía hacer pipí en el campo cuando estabas con la regla, porque venía un lagarto y te daba un bocao. (M6.G1.R.47)*
- *Mi abuela en el pueblo siempre me decía que cuando tuviera la regla tenía que ponerme pantalones para que no me trepara el lagarto por las piernas y me diera abí un “bocao”. Yo si me ponía mala y tenía puesta una falta, iba a mi casa corriendo a cambiarme y ponerme unos pantalones, lo recuerdo con verdadero temor. (M3.G1.U.35)*

b) Ataque de las bichas de agua

En el mismo sentido del miedo anterior, se describe el temor por culebras de pantano.

- *Nosotros es que nos ha gustado también la pesca de pantano y cosas de esas, pues me acuerdo yo de algo de “cuidado, porque si tienes la regla que te...” o “que atrae las culebras” pero de estas de agua, de tipo de pantano y cosas de esas. (M13.R.40)*

c) Ataque de las lagartijas

Con respecto a las lagartijas el miedo es que se acerquen para comerse la sangre de la menstruación:

- *Yo he escuchado lo de las lagartijas, como si las lagartijas se comieran la sangre de la regla. (M5.G2.R.19)*

5.3.3. Prohibiciones en la menstruación

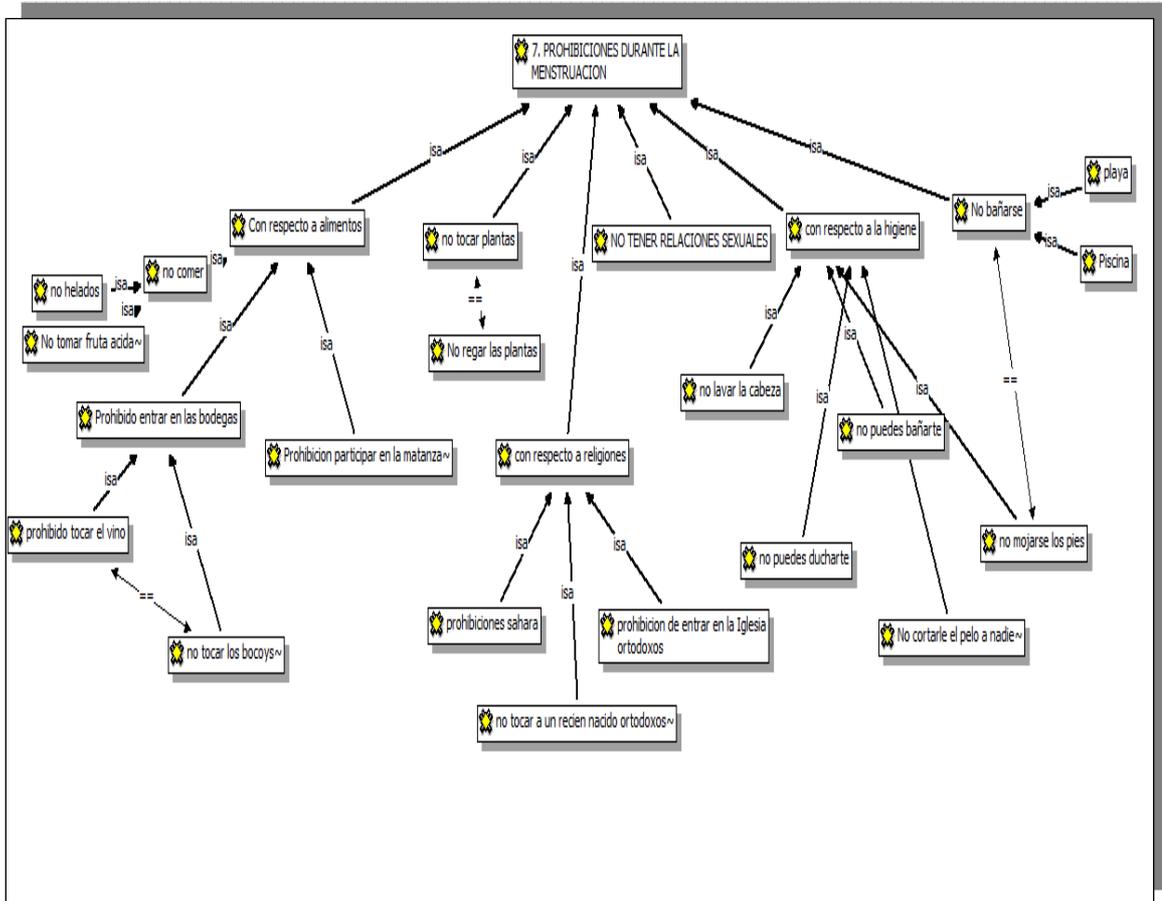
Las causas de los miedos analizados en el apartado anterior articulan una serie de restricciones de conductas que intentan evitar que a las mujeres les ocurran las consecuencias previstas.

Algunas autoras diferencian entre las supersticiones femeninas relativas a la menstruación, que tienen por objetivo guardar la salud física de la mujer, preservándola de padecimientos y enfermedades, y los tabúes masculinos sobre la menstruación, que son utilizados por los hombres como justificación para poder apartar a las mujeres de los medios y las relaciones de producción. La menstruación actúa como factor de segregación de la mujer, apartándola durante estos días de la vida social, económica y política³⁸⁵.

Como refleja la figura 11, cada prohibición, a su vez articula otra serie de comportamientos específicos que se explicarán a continuación

³⁸⁵ Victoria Sau. *Diccionario Ideológico feminista. op. cit.*, p. 200.

Figura 13. Prohibiciones respecto a la menstruación



[Fuente: Elaboración propia]

Tras el análisis de los testimonios, se presenta una exhaustiva clasificación de las prohibiciones agrupándolas con respecto a la higiene corporal, vinculadas a la alimentación y disuasorias de las relaciones sexuales. Asimismo, nos interesaremos por cómo inciden para separar a la mujer de la producción y distribución de bienes o de cualquier categoría sociopolítica derivada.

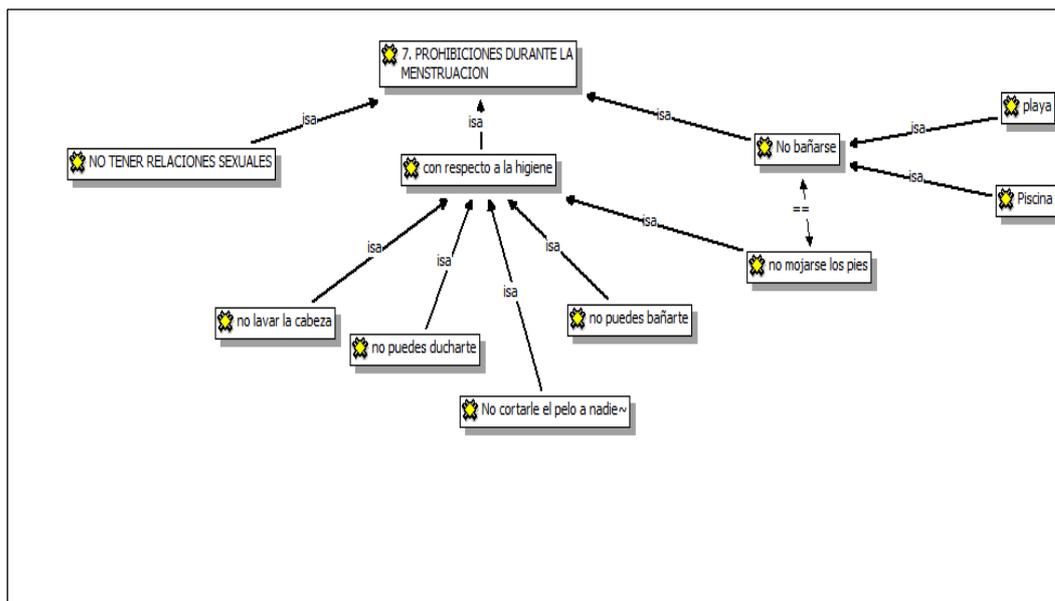
5.3.3.1. Prohibiciones con respecto a la higiene corporal

De las prohibiciones más extendidas están las relacionadas con la limpieza. Paradójicamente este tabú coexiste en nuestra sociedad con la recomendación de una

limpieza exagerada, en cuanto que la menstruación es considerada sucia, maloliente, repugnante, etc. Aunque están todas estas prohibiciones relacionadas con la idea de que la sangre menstrual es incompatible con el agua, se observa, tras el análisis, que eran muy estrictas con respecto a aspectos de la higiene corporal de las mujeres, que van desde no lavarse la cabeza hasta no mojarse los pies. Esta prohibición está presente también en los testimonios de las cuatro informantes extranjeras (rumana, ucraniana, boliviana y saharauí).

Se aprecian con respecto a la higiene prohibiciones específicas para las distintas partes del cuerpo: cabeza, tronco y pies, que a continuación pasaré a analizar:

Figura 14. Prohibiciones durante la menstruación relacionadas con la higiene y las relaciones sexuales



[Fuente: Elaboración propia]

a) Prohibición de lavarse la cabeza.

Es consecuencia de los miedos analizados en el apartado 5.3.2.1. con respecto a la higiene (a quedarse “tonta”, el miedo a volverse loca y al miedo a sufrir una embolia). Esta prohibición está basada en el miedo a que el contacto con el agua durante los días de la menstruación pudiera perjudicar gravemente la salud de la mujer, pudiéndole

ocasionar desde embolias a parálisis. Es la prohibición más extendida y que más miedos origina.

- *Lo típico de antes que no te puedes lavar, que no te enjuagues con agua fría, que se te va, que no sé qué... Me lo decían las madres de las otras amigas; mi madre no me decía mucho, la verdad, evitaba mucho el tema, pero las madres de las otras amigas sí que me lo decían: “no te vayas a lavar con agua fría”, “no te vayas a...”, “no te vayas a meter en la ducha”, “no te vayas a lavar el pelo”. (M9.U.37)*
- *No te podías lavar la cabeza. (M6.R.46)*

Aparecen testimonios, frutos del desconocimiento, en los que se asocia una enfermedad con este hecho, como para infundir miedo y para que sirva como ejemplo al resto de la colectividad. Se puede afirmar que existen ejemplos en la comunidad que sirven para ilustrar el peligro que conlleva “saltarse” la prohibición.

- *En Montellano hay una chavala que está en silla de ruedas y decían que era de eso, pero eso seguro que no es, vamos... María Dolores está en silla de ruedas, dicen que se lavó la cabeza y se quedó paralítica”. (M6.R.46)*

Es de las primeras cosas que se le dice a la niña tras la menarquia:

- *Cuando ya te ponías te decía: ¡Ahora no se puede ir con niños, ahora a tener mucho cuidado con los niños! Con los muchachos, mi madre era muy antigua, y eso, que no te lavarás la cabeza porque se te cortaba y que no tocaras las macetas porque se secaba. (M8.U.46)*
- *Cuando tenía yo doce o trece años y porque te lo iba diciendo, para que yo supiera que no me podía lavar yo el pelo, ni ir a la piscina. (M23.U.24)*

Era una prohibición muy estricta que había que cumplir, como refiere una informante, “al pie de la letra”:

- *Eso era, vamos, al pie de la letra, mi hermana con quince años, y yo con catorce y pico también me desarrollé y siempre ¡no, hija, no, que la cabeza no se puede lavar!, que esto, que lo otro. (M22.U.77)*

Los miedos que aparecen en los discursos sobre el lavarse la cabeza en esos días abarcan desde embolias a parálisis, e incluso la posible retirada de la menstruación con la consiguiente imposibilidad de tener hijos/as.

Aparecen estas prohibiciones en los discursos de muchas de las informantes y en los tres grupos de discusión realizados. Independientemente de la edad y del medio en el que viven:

- *No se podía lavar la cabeza, que no se podía lavar. (M18.U.78)*
- *Que no pueden lavarse el pelo. (M24.U.21)*
- *A mí me han dicho lo de la limpieza y lo de las flores. (M5.G2.R.19)*
- *A mí de pequeña mi tata siempre me estaba contando cosas del periodo, de lo que no podía hacer, mira, con un miedo... no me podía duchar, ni mucho menos lavar la cabeza, ella decía que eso era malísimo, que me podía quedar “como tonta”. Lo de la mayonesa, también, yo creo que son todas ciertas y que nos las decían por algo. (M2.G3.U.52)*

Dependiendo de los sitios, la prohibición de lavarse la cabeza es durante toda la menstruación, o en otros se limitaba solo al primer día o a los dos primeros días del ciclo.

- *A mí me siguen diciendo que cuando me viene la regla no me puedo lavar la cabeza el primer día porque si no me pongo muy mala, muy mala. Entonces que no me la lave el primer día, porque mi madre tuvo la experiencia que mi tía (su hermana) se lavó la cabeza el primer día que se puso con la regla y se puso muy mala, muy mala. ¡Fíjate tú, que tendrá que ver ducharse o no con la regla!, pero como a ella le pasó, esa anécdota queda ahí para los restos de los restos. (M3.G2.U.22)*

En el testimonio anterior también se asocia el ponerse enfermo con haberse “saltado” ese mandato, lo que reforzaba la adhesión de las personas del entorno a lo que prescribía.

Es interesante destacar que esta prohibición sigue vigente hoy en día para muchas mujeres, de acuerdo con los resultados obtenidos, y que no es una creencia solo de las “mujeres antiguas”, sino que pervive en las nuevas generaciones.

- *Yo eso también lo he escuchado pero no solo el primer día, sino durante todo el ciclo y de hecho conozco a gente que cuando tienen la regla no se duchan, se lavan solamente.*
(M1.G2.R.19)

Algunas informantes se cuestionan estas creencias, dudan de ellas porque escuchan los comentarios de muchas mujeres diciendo que no es así:

- *Ni lavarse la cabeza, ni ducharse, ni meter los pies en agua, porque era malo, y ducharte era malo, y lavarse la cabeza era malo. También decían que se seca la flor, que si tú la tocas hay personas que secan la flor, yo no sé... vamos..., eran cosas que se decían...tó el mundo dice que no.* **(M1.R.65)**

Otras no cumplían esas normas, y en algunos casos se creaban conflictos con las madres:

- *Yo no lo hacía. Yo me tocaba lavarme el pelo y me lo lavaba, estuviera mala o no. Mi madre se cabreaba, pero bueno... Yo no.* **(M6.R.46)**

b) Prohibición de ducharse y bañarse. Lavarse, pero no mojarse

Detectamos la prohibición de ducharse y bañarse en los días que se está con la menstruación, por los miedos anteriormente explicados, principalmente el miedo a “volverse loca”, “que se corte la menstruación”, etc. Se basa en la creencia de que la sangre menstrual es incompatible con el agua, y que el más mínimo contacto, aunque sea solo tocar el agua con los pies, si la mujer está menstruando, puede tener efectos muy nocivos sobre su salud.

- *Cuando se estaba con el periodo mi madre decía que ¡anda, anda, una duchita rápida y pá fuera! Es que con el periodo tiene que ser así, una ducha rápida, te enjabonas rápida pá cá y pallá y pa fuera! y no te puedes bañar... ¡uy, eso es malísimo!, yo se lo digo a mi hija. En el pueblo había una mujer que una vez con el periodo se estaba bañando y de repente ¡uy! salió corriendo desnuda de su casa como las locas, porque eso es malísimo, esa mujer se volvió loca, perdió la cabeza por hacer eso, yo se lo digo a mi hija...-¿por qué crees que será así?- Hija yo no lo sé, pero es lo que siempre se ha dicho aquí, yo creo que sí. (M4.R.42)*

En el testimonio de M4 –a una parte del mismo me he referido ya en un apartado anterior– se aprecia que ella acepta esta creencia, ya que cuenta que se lo dice a su hija para que no lo haga. Es interesante destacar de su relato el testimonio de “la mujer del pueblo que se volvió loca por bañarse con el periodo” que sirve como ejemplo para infundir miedo al resto de las mujeres. Se trata de una figura imaginaria que va de boca en boca y que hace que siga perpetuándose esta creencia errónea.

- *Pues eso, no lavarte la cabeza, no ducharte. (M10.U.48)*
- *Claro, y eso “no, hija, no hagáis esto, que os va a dar algo, no ponerse, no se puede ni lavar”, es que ni los pies te podías lavar. (M5.R.32)*

También es importante destacar que esta creencia está presente en muchas de las entrevistadas, independientemente de su edad y medio.

- *Lo de no bañarme seguro que me lo decían, no me podía lavar el pelo. (M16.R.23)*

Incluso en el grupo de discusión de las mujeres jóvenes, salió el siguiente testimonio, apoyado por el resto:

- *Hay muchas niñas amigas mías o compañeras que cuando están con la regla no se duchan, se lavan. (M3.G2.U.22)*

Está relacionada esta creencia con la prohibición de lavarse el pelo, es decir, podríamos decir que se prohibía todo contacto con el agua en estos días y lo que se recomendaba era la limpieza en seco

➤ *Ducharse, nadar, lavarse el pelo. (M23.U.19)*

Se observa también que existe esta prohibición en los testimonios de las informantes boliviana, saharai y rumana:

➤ *No debíamos bañarnos porque se nos iba a cortar; por lo menos los dos primeros días no meternos a la ducha, que era muy malo y que la regla podía cortarse. (M12.BOLIVIANA.53)*

➤ *No puedes bañarte, pero puedes ducharte. Ahora, no puedes meterte dentro de una bañera llena de agua caliente cuando estás con la regla; además, que ensucia toda el agua, eso es más claro el agua, ¿no? (M19.RUMANA.35)*

➤ *Nos decían que durante la menstruación ninguna mujer podía ducharse, ni lavarse el cabello porque era peligroso para el cuerpo y podía provocar que te desapareciera con el consiguiente problema de no poder tener hijos. (M20.SAHARAUI.24)*

También en la informante ucraniana, aunque se observa en su testimonio que sí está permitida la ducha, aunque no el baño:

➤ *Me explicaba que no se puede bañar. Se puede duchar, no bañar. (M17.UCRANIANA.55)*

c) Prohibición de mojarse los pies

Aunque está directamente relacionada con las prohibiciones con respecto a la higiene, tenía una fuerte carga exclusiva la referencia a no mojarse los pies. Muchas mujeres tenían temor a este hecho. Las estrategias para asearse durante estos días van a estar directamente influidas por esta creencia, ya que al no poder mojarse los pies, se tendrían que asear por partes con el mínimo contacto con el agua.

- *Si te lavabas la cabeza, que se te cortaba y te podía pasar cualquier cosa, si te lavabas los pies se te cortaba la regla y te podías volver loca, creo que era volver loca, que te podía pasar. (M15.U.56)*
- *Era malo lavarse los pies. (M5.R.32)*
- *Si te pones mala con la regla no te puedes bañar... No te puedes poner los pies fríos. ¡Qué tontería más grande! (M10.U.48)*

d) Hacerse permanente o tinte en el pelo

Aparece esta creencia en la informante ucraniana. Refiere que mientras tienes la menstruación no te debes hacer ni permanente ni tinte en el pelo porque tienes la cabeza más sensible y puede que no te siente bien, que te origine problemas de salud.

- *No puedes hacer permanente ni tinte. (M17.UCRANIANA.55)*

e) No cortarle el pelo a nadie

Esta creencia aparece en la entrevistada rumana. En ella la mujer con la menstruación no le debe cortar el pelo a ninguna persona, por miedo a que no le crezca o se le caiga.

- *No cortarle el pelo a nadie, por ejemplo, porque dice que no crece o que se le cae (M19.RUMANA.35)*

f) Bañarse en la piscina o en la playa

Aunque no está relacionada directamente con la higiene, esta prevención aparece en los testimonios al referirse a las prohibiciones relacionadas con el agua.

- *Mi madre por ejemplo si estaba con el periodo no me dejaba que fuera a la piscina ni a la playa ni "ná de ná". (M6.R.46)*

- *Era meterlos en agua fría los pies y era malísimo, por eso no podías ir a la playa, ni ir a la piscina... Que va, eso era, ¿sabes?, prohibido... Pues eso, no lavarte la cabeza, no ducharte. (M10.U.48)*

Las madres que creían y seguían estas prohibiciones lo pasaban realmente mal cuando las hijas podían estar en situación de saltarse estas prohibiciones, como ir a la piscina y la playa, por miedo de que pasase lo que temían. Se puede entender como una forma de protección.

- *Cuando yo fui mayor, vamos tenía ya yo a mi Paola y todo mi madre me decía: -“Lola, hija, mira que irte a la playa con los niños y tu hermana”, -“Que yo no me voy a bañar, mamá, que no te preocupes que yo no me voy a bañar”, -“No te vayas a meter, no vayas a meter los pies y te hagas algo, y los niños chiquititos que se queden sin madre...”. Ella es que eso le daba un miedo... ya más que por ella porque ella la pobre no se podía hacer nada, pero porque a mí me pasase algo y mis hijos no tuvieran madre, como éramos cuatro hembras pues lo tenía eso ella metido en la cabeza... Lo pasaba fatal. (M22.U.77)*

Con respecto a las prohibiciones, son comunes en medio rural y en medio urbano, así como en las cuatro informantes extranjeras (rumana, ucraniana, boliviana y saharauí), las relacionadas con la menstruación y el agua. Se repite el miedo a que se corte la menstruación o a volverse loca por el más mínimo contacto con el agua. Estos miedos y prohibiciones, en nuestra opinión, pueden estar relacionados con que residen o residían en lugares con escasez de agua, por lo que se intentaba que las mujeres hiciesen un gasto mínimo de agua durante estos días.

5.3.3.2. Prohibiciones relacionadas con la alimentación

Tras el análisis de los discursos se perciben dos grandes grupos: las prohibiciones que afectan a la alimentación en el ámbito privado y las que afectan también al ámbito público, al de la colectividad. Pueden estar relacionadas con la creencia ya comentada varias veces de que la sangre menstrual es tóxica y, por ende, servir al objetivo de protección de la salud pública de la comunidad.

a) Nivel privado

Se trata de creencias que existen en los propios hogares y que se transmiten de madres a hijas, referidas a las prohibiciones relacionadas con la menstruación y las comidas. Son muy antiguas, tanto que, de hecho, creencias parecidas que tenían como base la malignidad de la sangre menstrual estaban extendidas por toda Europa ya durante el siglo XIII³⁸⁶.

A este respecto, Simone de Beauvoir indica, como ya hemos tenido ocasión de comentar:

“Se creía que impedía germinar los cereales y agriaba los mostos, también era capaz de empañar los espejos, embotar las navajas. La proximidad de la reglante haría que se estropease la masa del pan, que no se ligara la pasta de buñuelos y rosquillas, que creciera el hollín en las calderas, que marchitaran las flores y que huyeran las abejas de las colmenas. Además los enfermos empeorarían si se les acercaba una mujer menstruante. Por el contacto directo con la sangre podrían morir las plantas y los árboles perderían sus frutos, además los perros si la lamían podrían contraer la rabia. Este supuesto efecto pernicioso de la sangre menstrual llevo indefectiblemente en Europa a establecer una serie de prohibiciones y prescripciones sociales que afectaban directamente a la mujer menstruante. Incluso en el concilio de Nicea se prohibió la entrada en las iglesias a las mujeres que estuvieran con la menstruación”³⁸⁷.

Aunque parezcan inverosímiles y extrañas, muchas de estas creencias aún siguen estando presentes y vigentes hoy en día, como se ha podido comprobar con la investigación.

La informante rumana nos indica, por ejemplo, la prohibición que existe en su familia de hacer pasteles o pan durante estos días, por la dificultad para que la masa suba:

³⁸⁶ Simone de Beauvoir. *El segundo sexo. op. cit.*, p. 236.

³⁸⁷ *Ibidem*.

- *No puede amasar pan o hacer cosas, yo qué sé, un pastel, que no te sube.*
(M19.RUMANIA.35)

Otra de las creencias está relacionada con que los garbanzos no se ponen tiernos:

- *Yo una vez escuche pero no mi madre sino una señora que iba a limpiar a mi casa que los garbanzos si los vas a poner en remojo con la regla no los pongas porque salen duros.*
(M7.R.60)

Estas creencias están directamente relacionadas con el medio. Así, por ejemplo, la informante ucraniana nos refiere la prohibición de hacer compotas de frutas durante la menstruación, en una zona muy rica en frutas y donde con el excedente se hacen compotas.

- *No puedes hacer conservas, no puedes nada. En mi país tenemos muchas conservas porque tenemos conserva de compota, compota de todas las frutas que tenemos, conservamos.*
(M17.R.UCRANIANA.55)

En nuestro medio, como abundan las aceitunas, algunas informantes han referido la prohibición de tocar las mismas.

- *Las aceitunas tampoco, yo hablando con mi madre, “¡las aceitunas ni hablar!, ¡las aceitunas ni tocarlas!”, cuando llegaba el tiempo de partirlas y arreglarlas. De eso nada, las flores tampoco.* **(M6.G1.R.47)**

También se da, en municipios productores de uva, la prohibición de tocar las mismas, según se ha podido observar tras el análisis:

- *A mí me decían que no tocara las frutas, que las frutas también se podrían. Se lo decía mi abuela a mi madre y mi madre a mí. Era sobre todo las uvas, decían ¡tú no toques las uvas que se van a echar a perder y nos vamos a quedar sin uvas!*
(M7.G2.U.22)

Otra prohibición muy común que aparece en las informantes es la de no tomar helados durante estos días.

- *Que no podía tomar helado porque se te cortaba la regla (M16.R.23)*

- *Ni comer ni tomar nada frío ni helado, ni agua fría, ni lavarte la cabeza, ni bañarte ni en playa. Bueno, entonces la playa nosotros no sabíamos cómo era. Ni bañarte con agua ni templada ni nada, ni plantas. Allí, como era un corral de vecinos, todas sabían cuándo, “oye, no vayas a tocar las plantas”, se enteraban por las abuelas, por las madres... “No vayas a tocar que...”. Y cuando éramos ya mayores con quince o dieciséis años igual, “no vayas a tocar que ya, tú sabes, que las plantas que...”. Todo eso pues ya... (M22.U.77)*

- *Los pies y la cabeza, y tomar cosas frías. Ni helado ni nada... Entonces no había helado como hoy que se compra, pero, tú sabes, pasaban los carrillos con los polos... Y decía: “no, polos hoy no hija, estáis con el..., hoy polos no, esas cosas es muy malo”. Así que era eso lo único que ella más. (M22.U.77)*

b) Nivel público

Este grupo de prohibiciones está referido a la colectividad. Se puede apreciar por los testimonios siguientes que la menstruación actúa como factor de segregación de la mujer, apartándola durante estos días de la vida social, económica y política, y que todavía hoy en día no ha desaparecido de algunos municipios andaluces.

1) Prohibición de entrar en las bodegas y de tocar el vino

Esta prohibición está directamente relacionada con el control de los medios y relaciones de producción. Se le prohibía a la mujer que entrase en las bodegas durante estos días por miedo a que estropease el vino de las bodegas. La prohibición no consistía exclusivamente en tocar el vino, sino que incluso se prohibía la entrada en las bodegas. El solo hecho de entrar en las mismas ya podía estropear el vino, agriándolo, es decir, convirtiéndolo en vinagre, según los testimonios.

- *También he oído yo que cuando estabas mala no podías entrar en las bodegas. Era por el miedo de que convirtiesen el vino en vinagre y lo estropeasen. (M18.U.78)*

Estas prohibiciones son escuchadas hoy en día, como nos indica esta informante de veintitrés años, en pueblos que tengan tradición vinícola.

- *En esos días no podía entrar en las bodegas y mucho menos tocar el vino. Le tenían prohibido entrar en las bodegas, pero y mucho menos tocar los bocoys o en las tinajas, porque en mi pueblo hay como unos bocoys grandes, grandes, grandes y allí es, allí es donde se conserva el vino. (M16.R.23)*

No obstante, el hecho de que solo se le prohibiese la entrada a las bodegas los días de la menstruación, nos puede hacer pensar que la norma se orientase también a prevención en temas de salud pública y, por tanto, que esta prohibición esté relacionada con la idea de la menstruación como tóxica, expuesta en apartados anteriores.

2) No participar en las matanzas y posterior elaboración de embutidos

Es otra de las prohibiciones relacionadas con la colectividad que más se repite en el medio rural andaluz. Al igual que la prohibición de las bodegas, podía estar también relacionada con fines de salud pública.

- *No podía amasar lo de las morcillas y los chorizos o algo de eso era, ya no me acuerdo el qué. (M6.R.46)*

La idea de base era la menstruación como sucia y tóxica, y que las mujeres menstruantes, al manipular las vísceras para hacer embutidos, si careciesen de buena higiene, pudiesen transmitir infecciones o enfermedades a la colectividad. Por tanto, la mujer, al considerarse peligrosa durante estos días, era también considerada legítimamente segregable³⁸⁸.

³⁸⁸ *Ibíd.* p. 201.

- *El tema de los jamones o cuando hacían lo de los chorizos, no sé, porque en la zona esa siguen haciendo de eso... Bueno, ahora mismo ya no tanto, pero antes sí que hacían matanzas todos los años y se lo comían ahí muchas familias. Luego ya después cuando sabían lo de la regla y todo eso pues sí que te decían: “pues si estás con la regla no te acerques”, “no te acerques si tienes la regla porque...”, lo típico, “que se corta, que se pone mala, que le salen yoquesequé”; ahora no me acuerdo bien, pero sí, por ejemplo, eso de “los jamones que no curan bien o los chorizos que salen mal...”, cositas de esas. Yo que sé, sé que había tabúes con temas de esos. (M13.R.40)*

Hoy en día, aunque las matanzas no son frecuentes en los pueblos como antaño, las informantes más jóvenes también la refieren, incluso siendo de medio urbano, como refleja este testimonio:

- *A mí también me habían dicho lo de la carne de la matanza, yo soy de aquí de Sevilla pero mis abuelos son de pueblo todos, y también iba mucho de pequeña al campo. Mi abuelo hacía matanzas y ahí lo escuchaba... Son de Utrera y Trebujena. (M7.G2.U.22)*

5.3.3.3. Prohibición de tener relaciones sexuales

Entre los tabúes relativos a la mujer en “estado de impureza”, según indican autoras como Simone de Beauvoir y Victoria Sau, no hay ninguno tan riguroso como el de la prohibición de tener relaciones sexuales con ella. El Levítico condena a siete días de impureza al hombre que transgrede esta ley. La interpretación que daba a esta autora a este hecho es que “dado que el principio femenino se considera en el grado máximo de su fuerza, se teme que en un contacto íntimo pueda vencer al principio masculino”³⁸⁹. También parece que el contacto con el fluido menstrual durante las relaciones sexuales puede causar inflamación en el tracto urinario masculino.

- *No se podía hacer vida de matrimonio cuando se estaba con el periodo. (M11.R.84)*

³⁸⁹ *Ibíd.* p. 238.

- *No se podía mantener relaciones sexuales ni rezar durante los días de la menstruación. (M20.SAHARAUI.24)*

- *Durante la menstruación la mujer no podía mantener relaciones sexuales porque se suponía que era impura. (M16.R.23)*

5.3.3.4. Prohibiciones recogidas por las religiones

Para Victoria Sau, la “connotación maligna o malsana de la sangre menstrual ha sido y es una excusa para el pueblo judío y para tantas religiones de Oriente para apartar a las mujeres del sacerdocio, ya que no podían cumplir debidamente sus funciones puesto que algunos días no pude entrar en el templo”³⁹⁰. Siguiendo con esta idea, la misma autora añade que ya en la antigua Roma las mujeres menstruantes tenían prohibida la asistencia a espectáculos públicos y a servicios religiosos.³⁹¹

Este tema se aprecia en los discursos de las mujeres extranjeras, concretamente de la informante rumana y de la informante saharauí.

1) *Ortodoxos:*

- *No ir a la iglesia: Es que la mujer misma es impura cuando echa la sangre; una mujer, cuando tiene la regla, no entra en la iglesia. Va sucia a la iglesia, ¡no puede ir así! (M19.RUMANA.35)*

- *Las mujeres con la menstruación estamos sucias, impuras, no podemos ir a la iglesia, porque a la iglesia hay que ir limpia y no sucia. Igual que tampoco puedes ir a comulgar ni a la iglesia si la noche antes has tenido relaciones con tu marido, estas sucia. (M4.G3.R.42)*

2) *Musulmanes*

³⁹⁰ Victoria Sau. *Diccionario Ideológico feminista*. Volumen I. (3ªed.) Barcelona: Icaria; 2000. p. 199.

³⁹¹ *Ibíd.* p. 200.

- *Estas prohibiciones eran fruto de la religión de la que procedemos, el islamismo. No se podía mantener relaciones sexuales ni rezar durante los días de la menstruación. Otra prohibición era que tampoco se podía practicar el ayuno durante el mes de Ramadán. Si estás haciendo Ramadán... debes dejarlo hasta que hayas terminado y luego continuar.*

(M20.SAHARAUI.24)

Como se ha ilustrado, los miedos relacionados con los ciclos vitales de las mujeres han articulado toda una compleja red de prohibiciones relacionadas con la menstruación, que es, con diferencia, el hecho fisiológico con más creencias negativas. Por tanto, creemos que los ciclos vitales de las mujeres y principalmente el ciclo menstrual, aparte de ser una diferencia biológica entre los sexos, ha sido el origen de importantes desigualdades sociales y culturales entre mujeres y hombres.

En la investigación se ha descubierto que, dependiendo del entorno, a las mujeres se les van a imponer unas prohibiciones u otras principalmente relacionadas con los medios de producción, bodegas, matanzas, elaboración de embutidos, fábricas... En este sentido, sí se puede afirmar la existencia de diferentes prohibiciones según el entorno. Por esta razón, sí pueden existir diferencias entre las prohibiciones existentes en el medio rural y en el medio urbano. Aunque muchas coincidan, otras serán específicas según las características del entorno, ya que incluso dentro del medio rural puede haber diferencias si un municipio tenía bodegas y otro por ejemplo se dedicaban a la fabricación de embutidos. Por ejemplo, la prohibición de participar en la elaboración de avíos en las matanzas, una mujer de medio urbano que no fuese a pueblos quizás nunca la hubiese escuchado. Sin embargo, sí se observa también que, debido a la emigración del campo a las ciudades, muchas de estas creencias se transmitieron del campo a la ciudad, y las hijas, y en muchas ocasiones las nietas, aunque nacieran en las ciudades las habían escuchado y, según el grado de implicación, seguido o no.

En lo que coinciden estas prohibiciones, tanto de las bodegas, matanzas y frutos, es en que la discriminación que representan para la mujer puede tener un origen económico, ya que al apartar sistemáticamente todos los meses a las mujeres las decisiones sobre el fruto de los mismos y su reparto, estos recaerían en manos de los

hombres³⁹². Por otro lado, hay que señalar que las prohibiciones relacionadas con el uso del agua podrían ser un mecanismo de control social para inspeccionar el uso del agua, en zonas de escasez de este recurso, como son las zonas estudiadas, y que así durante esos días no se desperdiciase. De esta forma, se potencia que durante las menstruaciones las mujeres, en vez de tener una higiene óptima con el consiguiente uso de agua, utilizasen la mínima necesaria por los miedos infundidos de que se le provocasen enfermedades.

5.3.4. Estrategias

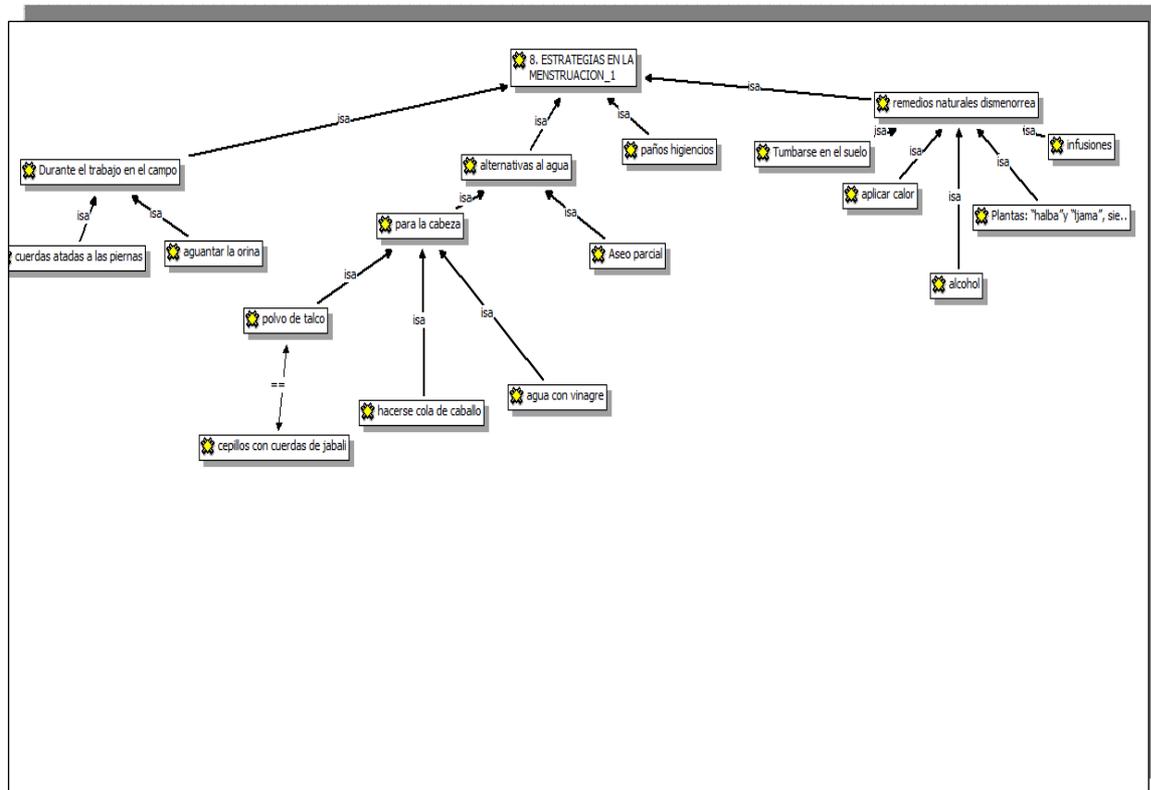
A continuación se analizarán los mecanismos con que las mujeres hacen frente a las imposiciones externas relacionadas con la menstruación. Estas imposiciones, de carácter social y cultural, obedecen principalmente a miedos y prohibiciones, como se ha ido exponiendo con anterioridad.

Frente a las prohibiciones explicadas, las mujeres crean una serie de estrategias que le permitan “burlar” la prohibición en algunos casos, o en otros intentar evitar que se produzcan los miedos y temores relacionados. La cantidad de estrategias nos indican que las prohibiciones se seguían con bastante rigor. Otro tipo de estrategia, aunque aquí no se analiza, sería precisamente la de seguir la prohibición beneficiándose de ella; como en el caso de la prohibición de participar en los avíos de la matanza si estabas con la menstruación. Este hecho te eximía de participar, y según nos cuentan algunas informantes, era una labor bastante laboriosa.

- *Si estabas con la regla y había matanza te librabas, con lo que era una suerte, te ibas por ahí a jugar y te librabas de tener que hacer chorizo o lo que fuera. (M13.R.40)*

³⁹² Victoria Sau. *Diccionario ideológico feminista. op.cit.*, p. 200.

Figura 15. Principales estrategias relacionadas con la menstruación



[Fuente: Elaboración propia]

5.3.4.1. Estrategias como alternativas a la prohibición del uso del agua

Este grupo de estrategias consiste en lavarse , tanto el cuerpo como la cabeza, sin utilizar agua o la mínima indispensable. Las mujeres las han referido por la creencia explicada de la incompatibilidad del agua con la sangre menstrual y los miedos relacionados con la posible aparición de enfermedades como embolias, parálisis, enfermedades mentales...

a) Lavarse la cabeza con polvo de talco

Consiste en ponerse polvo de talco en la cabeza, por todo el cabello. Se tapaba después con un pañuelo o gorro para que se quedara más compacto. En algunos casos refieren que estaban un par de horas y en otras toda la noche puesto (por lo que dormían con él). Posteriormente se cepillaba el cabello enérgicamente y se retiraba el sobrante de polvo de taco. Según las informantes, la estrategia se basaba en que el

polvo de talco absorbía la grasa y suciedad del cabello, por lo que era una forma de mantenerlo limpio durante la menstruación.

- *Cuando tú tenías la regla y no te podías lavar la cabeza durante cuatro ó cinco días, según lo que durase el período de cada persona, o tenía hijos³⁹³, pues se echaban polvos de talco pero para que no te creara grasa el cuero cabelludo. Según mi madre, se lo dejaban puesto toda la noche y ahora por la mañana te levantabas, te lo cepillabas y te quitaba la grasa del pelo. (M10.U.48)*

Para retirar el exceso de polvo de talco, algunas informantes refieren que los cepillos más adecuados eran los de cerdas de jabalí.

- *Yo esos días recuerdo perfectamente a mamá dándome con el cepillo de cerda de jabalí para quitarme el polvo de talco, como no nos podíamos lavar la cabeza, ¡uy, por Dios, eso estaba prohibidísimo! Pues hacíamos eso. Eran unos cepillos buenísimos, yo todavía tengo alguno en mi casa, ¡se te quedaba el pelo estupendo! Ya después cuando me casé y me fui sí me la mojaba y lavaba con agua y no me pasaba nada, pero en casa de mi madre... Mis hijas por supuesto que se la lavan. (M3.G3.U.48)*

En el grupo de discusión de las informantes más jóvenes refieren al respecto:

- *Yo también lo he escuchado. Creo recordar que mi hermana lo hacía de más pequeña. (M4.G2.R.19)*
- *Yo sí he escuchado lo del polvo de talco, como no te podías lavar la cabeza, que te echaras polvo de talco y se te limpia el pelo. (M1.G2.R.19)*

b) Vinagre

Otra estrategia era peinarse el pelo con algunas gotas de agua y vinagre. Era una estrategia para asearse el cabello, que aportaba brillo e higiene.

³⁹³ Esta estrategia se utiliza también en el puerperio, como se explicará posteriormente.

- *Con agua y vinagre, te limpiabas, como un limpiado de pelo así sin mojarlo, sin meter la cabeza dentro. Y después agua y vinagre, y se quedaba el pelo muy limpio, por lo menos “sueltecito”, como no había laca ni nada, pero todas esas cosas es lo primero que yo aprendí. (M22.U.77)*

c) Recogerse el cabello

Recogerse el pelo durante estos días como alternativa a no poder lavárselo con una cola era otra estrategia muy común.

- *Nos hacíamos una cola de caballo. (M6.G1.R.47)*

d) Aseo parcial: asearse por partes

Consistía en una limpieza por partes del cuerpo “en seco”, según definen las entrevistadas, es decir, con una manopla normalmente se iban lavando las extremidades y el tronco ayudadas por un cubo o por el bidé. La limpieza era en seco, por el miedo que tenían a mojarse los pies. Se utilizaba una esponja o manopla, que era lo que se mojaba y se pasaba por el cuerpo

- *Los pies no... con la palangana era con “agüita” y jabón y con una manopla te ibas dando y después te secabas con una toalla y así era como nosotros... eso era una cosa tan, tan estricta lo de la regla que era que no, vamos, yo me parece a mí que no, que eso, eso es lo único que yo asimilo mal de la niñez, porque no es normal, porque hoy, ya ves, se meten en la playa y se lavan las cabezas. Yo a mis hijas, cuando fueron ya con catorce años, yo no le dije ni de lavarse la cabeza ni nada, porque decían “anda, mamá, eso es muy antiguo. Nosotras nos lavamos y nos bañamos y todo que no pasa nada”. Y en realidad no pasa nada, pero en aquellos tiempos... Te echabas como una manopla y te dabas, te dabas, que no te mojara mucho y después te lo peinabas con el..., no había ni cepillo, con el peine de diario, y te quitabas y después te lo secabas con un poquito de aire, así era como nos aseábamos esos días. Ya cuando éramos mayorcitas, ya que queríamos, tú sabes, la hora de presumir. (M22.U.77)*

Esta estrategia del aseo por partes aparece en las entrevistadas más mayores. Conforme van pasando las generaciones se pasa del aseo parcial a la ducha de cuerpo

completo, ya que se observa que el miedo a mojarse los pies está prácticamente desaparecido, no así el miedo a mojarse la cabeza.

- *Ni los pies ni nada, refregándolo todo con manoplas y todo con agua templadita, ni agua fría ni beber nada y ahora, fíjate (M11.R.84)*

También aparece en testimonios de mujeres de mediana edad:

- *Nos teníamos que asear por partes, de no ducharte completa. (M6.R.46)*
- *También se decía ¡lávate pero no te mojes!, ¡no te mojes los pies! Era una cosa increíble. (M6.G1.U.47)*

En el grupo de discusión de las mujeres más jóvenes recogimos el siguiente testimonio:

- *Hay muchas niñas que cuando están con la regla no se duchan, se lavan solamente. Que yo las conozco y me lo dicen. (M3.G2.U.22)*

5.3.4.2. Paños higiénicos

Las informantes mayores y algunas de mediana edad indican que usaban paños higiénicos durante la menstruación. Estos paños fueron previos a la existencia de las compresas y tampones comerciales. Es común en los testimonios el objetivo de que siempre estuviesen lo más blancos posible (señal de limpieza y pureza) y guardarlos en una parte del armario muy bien doblados. Este armario solía ser el de la madre, que llevaba un control muy estricto de los paños. Si faltaban, la madre ya sabía que la/s hija/s estaba con la menstruación, ya que, por el tabú, era un tema que en muchas familias no se hablaba.

- *Nosotros teníamos unos pañitos que nos los poníamos con unas cintas debajo de las bragas. (M11.R.84)*

- *Sí, sí, sí, unos pañitos así. Sí, al principio, pero después no, ya después compresas.*

(M18.U.78)

Se hacían en las casas, según las costumbres con los restos de sábanas y toallas viejas o en algunas ocasiones con género específico que compraban para este fin de algodón de rizo.

- *Cuando ya nosotros nos empezamos a desarrollar la primera, que fue mi hermana, a los catorce años, vino una hermana de mi padre de Portugal, con el marido, ya muy mayores, que ella era modista, y entonces preparó unos pañitos de rizo con dos cintitas a cada lado, ella era modista y estuvo un tiempo viviendo con nosotros, allí también en la parte de abajo, y tenía cuatro cintitas, que le amarrabas dos detrás y dos delante, cuando estabas con el periodo. Y ya nosotros no teníamos que hacer como cuando mi madre, que las sábanas viejas, se cortaban las sábanas en trozos, porque entonces no había ni paños, le hacíamos los “dobladillitos”, que tenía yo que hacérselos. ¡Hombre!, yo se lo hacía cuando era una cosa que le fuera a molestar, los “dobladillitos”, para que no se hicieran después hilachos y le molestara. (M22.U.77)*

El proceso de limpieza de estos paños es muy específico y laborioso. Según la edad de la informante se aprecia que el lavado era a mano o en la lavadora, pero siempre va a constar de varias partes, comunes en los testimonios, como si se tratase de un ritual:

- *Eso había antes que darle un agua, otra agua, quitarle “todo lo gordo”, después lo tenía que enjabonar, ponerlo al sol, cuando se descolorea lavarlo otra vez, echarle una poquita de lejía, después ponerlo a remojo otra vez, eso era un..., todo eso tenía yo que lavar y tenía solo siete añitos, a mí me daba asco³⁹⁴. (M22.U.77)*

La misma informante añade:

³⁹⁴ La madre de la informante era inválida de cintura para abajo, por lo que la informante, desde que era niña, se tenía que ocupar de las labores de la casa. Vivían en un corral de vecinos de Triana (Sevilla), y como le daba vergüenza que las vecinas le cambiasen, prefería que su hija de siete años lo hiciera, y que se encargase ella también de la limpieza de los trapos.

- *A mí me daba con esa edad... tú te pones a ver la sangre, es que es ahora ver la sangre y te impone ya una vieja, “contri” más con esa edad, y entonces no había guantes, tú sabes, hoy te pones guantes para todas las cosas. Yo pasé muy malos ratos con eso. Me decía “hija, ya este mes otra vez...” y ya me contaba y ya me iba contando poquito a poco las cosas. Estuvo con el periodo hasta los cincuenta y ocho años. Yo no fui ni al colegio ni nada, llevaba todo por delante, la comida, la casa, los trapos... con siete años. (M22.U.77)*

El objetivo principal de la limpieza de los paños era que quedasen lo más blancos posible:

- *Mi madre para eso era muy pulcra y seguía un proceso, los ponía en el cubito... y tal... después ya aparecieron las compresas y yo me las compré. (M7.R.60)*
- *Se utilizaban unos pañitos, yo ya utilicé compresas, pero mi hermana veía yo que mi madre le ponía unos trapitos de felpa, de tela de toalla, lo lavaban y tenía un proceso que no veas, lo lavaban, después lo ponían al sol para que la mancha se quitara, después lo metían en lejía para que se quedaran blancos, blancos y después venía la lavandera a mi casa y en la pila con jabón verde lo lavaba y los planchaba. Era un método de esterilización que no veas, y después lo guardaba en el armario de su dormitorio. Ella sabía si estaba mala o no mi hermana porque lo cogía del armario. (M22.U.77)*

En el testimonio anterior se refleja perfectamente el misterio que rodeaba a la menstruación, ya que, como nos indica la informante, la madre sabía que su hija tenía la menstruación cuando le cogía los paños higiénicos del armario.

- *Eso lo he visto yo en mi casa de mis hermanas y de mi madre, me acuerdo y más, mi hermana decía “¡Hay que ver los atrasos de antiguamente, qué asco!” , porque, y dice “¡lo metíamos todo en cubo con agua caliente para que se quitara la sangre, lo lavábamos muy bien, después los metíamos en la lavadora, con agua caliente, con lejía, después lo metían en añil en un cubito para ponerlos blancos después de un rato se tendían todos al sol!”. (M10.U.48)*

5.3.4.3. Estrategias utilizadas durante el trabajo en el campo

Muchas de las entrevistadas de medio rural refirieron el miedo al ataque de animales en el campo mientras estaban con la menstruación. Para evitarlo, seguían las siguientes estrategias:

a) Intentar no orinar o ir siempre acompañada

Cuando trabajaban en el campo no iban solas a orinar o se aguantaban la orina todo lo que podían hasta que llegaban a sus casas, por miedo al ataque del lagarto, que pensaban que acudía por el olor de la sangre. Además, las mujeres permanecían juntas:

- *Por los lagartos no se podía hacer pipí en el campo cuando estabas con la regla, porque venía un lagarto y te daba un “bocao” en tus partes. (M3.G1.U.35)*

b) Atarse las piernas con cuerdas

Se ataban las piernas con cuerdas por fuera de los pantalones, desde el tobillo a las rodillas, para que no trepase el lagarto. Esta estrategia la utilizaban algunas mujeres cuando trabajaban en el campo con la menstruación, para evitar que el lagarto al que temían les pudiera originar algún daño.

Una de las informantes refiere haber utilizado esta estrategia:

- *Cuando yo era jovencita y trabajaba en la aceituna, mi madre me decía que cuando tuviera el periodo me tenía que poner unas cuerdas atás a las piernas para que no me trepara el lagarto por las piernas y me subiera. Yo me las ponía mu fuerte. (M4.R.42)*

Es importante señalar que estas estrategias utilizadas durante el trabajo en el campo, aparte de ser innecesarias –ya que como se explicó los lagartos son inofensivos para el ser humano–, son perjudiciales para la salud, pudiendo ser causa de infecciones urinarias y problemas circulatorios.

5.3.4.4. Remedios naturales

Entre los remedios naturales usados para la dismenorrea (menstruaciones dolorosas) destacan entre las informantes los siguientes: tumbarse boca abajo, infusiones, aplicar calor y bebidas alcohólicas, principalmente ginebra.

a) Tumbarse en el suelo

La estrategia consistía en tumbarse en el suelo boca abajo, principalmente, o de lado:

- *Yo me ponía muchas veces tirá en el suelo, la barriga sí la ponía yo en el suelo, boca abajo en el suelo. (M1.R.65)*
- *Algunas se ponían boca abajo, ponían paños calientes, pero eso, las hierbas eran lo que más. (M22.U.77)*

Con el tiempo, se pasa de tumbarse en el suelo a tumbarse en la cama:

- *A mí me conto un amigo que en Colombia se tumban en la cama y las parejas le abrazan y le dan calor. (M3.G1.U.35)*

Aunque algunas mujeres refieren seguir tumbándose en el suelo, aun tomándose medicamentos:

- ◆ *Sí que me duele bastante, me tengo que tomar una pastilla que me mandó el ginecólogo y acostarme. En verano me tumbo boca abajo en el suelo, sin manta y sin almohada, yo aguanto porque me quedo muy a gusto en el suelo, antes cuando era chica lo hacía más que ahora. (M2.R.31)*

b) Infusiones

Son referidas por las mujeres de todas las generaciones. Las más utilizadas son manzanilla, poleo, hierbaluisa y anís estrellado. Se hervían con agua, se le añadía un poco de azúcar y se bebían.

- *Para el dolor de regla mi abuela dice que soja e infusiones de manzanilla. (M4.G2.R.19)*
- *Poleo me parece a mí que me daban y una gotita de aguardiente del fuerte. (M1.R.65)*
- *Una manzanilla para la barriga, o una hierba cualquiera que tendría, la tila, la manzanilla, hierbaluisa, que también era muy buena y la tenían en hojas y se compraba. En la tienda donde yo sacaba todas las cosas para todo el mes, porque mi padre, como cobraba por meses, pues yo tenía una libreta y allí compraba todos los días las cosas. Iba apuntando lo que comprábamos de comer, no había fruta ni verdura, pues allí vendía la hierbaluisa, vendía todas las cosas para las mujeres cuando les dolía la barriga, eso es lo que había, otra cosa no había. Y para el dolor de cabeza la aspirina y ya está. (M22.U.77)*
- *Mi madre me daba anís estrellado, porque se supone que con la regla tienes muchos gases. (M6.G2.U.25)*

La informante saharauí refiere la utilización de plantas para aliviar el dolor:

- *Plantas “halba” y “ljama”, siempre se tomaban por separado. Para su preparación las hervíamos con agua y le añadíamos un poco de azúcar. Y se tomaba, aliviaba el dolor, semejanza a las plantas medicinales. (M20.SAHARAUI.24)*

Otra forma de utilizar las infusiones era dándose baños de vahos de manzanilla inmediatamente después de finalizar la menstruación, para eliminar cualquier resto de sangre que se pudiese quedar por el miedo a que se formasen quistes. Esta práctica la utilizaba la familia de la informante boliviana, según refiere ella misma:

- *Poníamos el agua caliente y poníamos una porción de manzanilla. Después lo pasábamos a un cubo pequeño. Entonces nos sentamos sobre el cubo y esos vahos para botar toda la impureza que quedaba en el cuerpo de la regla. Mi madre eso era lo que nos hacía a nosotras. Mi madre nos enseñó prácticamente que hay que tener esa higiene. (M12.U.53)*

c) Aplicar calor

El calor también se utiliza como analgésico, utilizando paños calientes, bolsas de agua o incluso piedras calientes.

- *También utilizábamos otros remedios, como colocar unas piedras calientes, si no se disponía de hierbas, sobre el vientre y ese calor alivia también el dolor. (M20.SAHARAUI.24)*
- *A mí mi madre me daba paños calientes y me los ponía encima de la barriga. (M7.G2.U.22)*
- *Bolsas de agua caliente me las ponía muchas veces mi madre envueltas en un paño en la barriga y ¡me dolía más! (M5.G2.R.19)*

d) El alcohol como analgésico

Es muy común en los testimonios la utilización de una copita de alcohol como analgésico. El más referido ha sido la ginebra:

- *Una copa de ginebra, una copa de ginebra se tomaba mucho; de hecho yo me lo he tomado. Yo creo que sí, yo creo que es que te anestesiaba, vamos, porque a mí la garganta (se ríe), ¿tú sabes lo que quemaba? (M6.R.46)*
- *A mí me daban buchets de ginebra. (M4.R.42)*
- *Una copita de ginebra o de anís... mayoritariamente ginebra. (M7.R.60)*
- *Mi madre me daba un "buchito" de ginebra y me decía "¡Anda, niña, tómate esto y verás como se te va a quitar!". Y mi abuela le decía "¡anda, mejor dale vino blanco que sabes más bueno!". (M6.G1.R.47)*

Una de las informantes refiere una curiosa anécdota relacionada con el uso de la ginebra como analgésico:

- *Yo tendría unos catorce años y fui a Madrid a ver a un tío mío soltero con mi hermana más pequeña y mi prima y me puse con la regla. Y claro, como yo lo que estaba acostumbrada era a tomar un poquito de ginebra, mi tío soltero nos llevó a desayunar a un bar cercano al bar a donde él iba y con sus tres sobrinas, muy contento él presumiendo de sus tres sobrinas y yo la mayor entonces, con trece o catorce años, “niña, ¿qué quieres desayunar?”, digo “yo, una copa de ginebra”. Mi tío me miró extrañado, todavía me acuerdo, y el pobre mío “¿niña, qué te vas a tomar?”. Él no entendía eso porque no estaba rodeado de mujeres, pero el del bar dice “sí, sí, sí”, se dio cuenta, y me la dio. Yo era a lo que estaba acostumbrada, la ginebra era seguro, y algo caliente. (M15.U.56)*

A continuación añade:

- *Ahora después ya mayor yo ya decía “mamá, ¿cómo nos dabas eso?”. Sí, porque eso se daba y era muy bueno; realmente a mí me hacía efecto. Me hacía efecto porque nos daba una copa de ginebra y un buen vaso de leche, un buen cola cao caliente. Claro, con eso nos echábamos a dormir. (M15.U.56)*

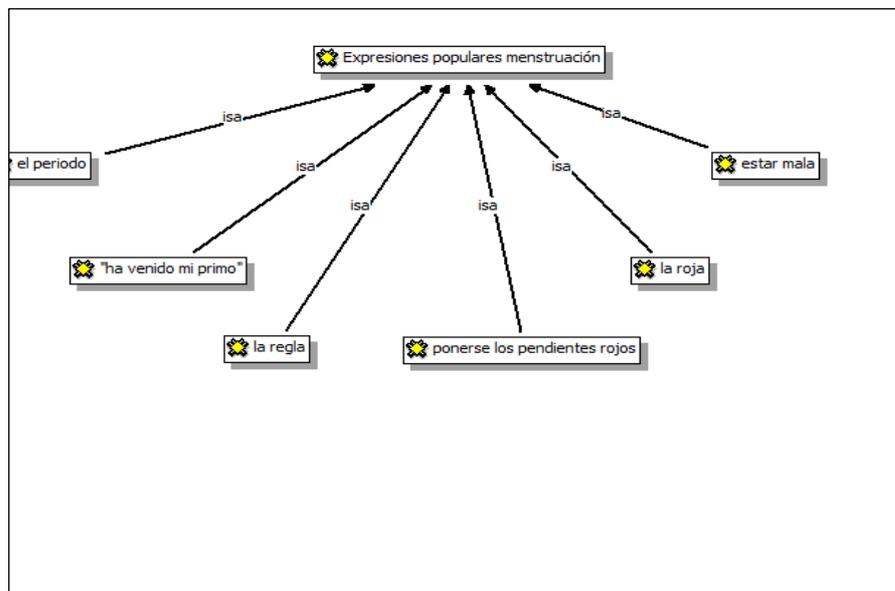
Aunque era muy utilizada la ginebra, también se utilizaba anís, coñac y vino.

- *Frotar la barriga con anís. (M24.U.21))*
- *Yo he escuchado lo del coñac. (M7.G2.U.22)*
- *A mí nunca me ha dolido, pero a mi hermana, que sí le ha dolido, le daban una copa de coñac. (M8.U.46)*
- *Yo tenía dolores horriblos. Yo me acuerdo que a mí Encarnación me daba una copita de vino con azafrán. (M3.R.82)*

5.3.4. Expresiones populares de la menstruación

El término “menstruación” es empleado de forma ocasional por las entrevistadas. Normalmente en su lugar se usan eufemismos, nombres para no nombrar. Se aprecia que según la edad de la informante se va a utilizar una expresión u otra.

Figura 16. Expresiones populares de la menstruación



[Fuente: Elaboración propia]

a) “El periodo”

Es el término más empleado por las mujeres mayores. Hace referencia al periodo, a los días que se está menstruando. Hoy en día también se utiliza.

- *Se llamaba el periodo, esa es la palabra, la regla es una cosa moderna. (M11.R.84)*
- *Mi abuela decía “te has puesto mala por el periodo”. (M23.U.19)*
- *Ella no decía ni menstruación ni regla, sino periodo. (M7.R.60)*
- *El periodo le llamaban, ¿no? (M18.U.78)*

- *Se ha desarrollado, ya tenemos el periodo, eso sí era como es hoy. (M22.U.77)*

b) “La regla”

Es el término más utilizado hoy en día por las mujeres de mediana edad y las más jóvenes. Se refiere a la menstruación como “regla”, es decir, como acontecimiento fijo en la vida de las mujeres.

- *Se le llama la regla. (M6.R.46)*
- *La regla, ¿no?, la menstruación. (M21.U.61)*

c) “Estar mala”

Hace referencia a la menstruación como enfermedad, como incapacitante en la vida de las mujeres.

- *Hoy se dice “¡Me voy a poner con la regla!” o “¡estoy con la regla!”, antes no, antes una vez que ya te habías puesto, entonces sí, decías “me he puesto mala”. (M1.R.65)*

El siguiente testimonio ilustra muy bien el sentido de vivir la menstruación como enfermedad, el “estar mala”:

- *Tú no tienes la regla, tú estabas mala, en esos días eras como un paño: no podías correr, no podías hacer educación física. (M6.G1.R.47)*

Como se aprecia en el testimonio anterior, durante esos días incluso algunas mujeres no hacían educación física en el colegio por “estar malas”.

Es generalizada la idea de tener la menstruación como oculta, como un secreto, como algo muy personal e íntimo.

d) “¡Ha venido mi primo!”

- *Allí a lo mejor comentan pero en plan de risa a lo mejor: “¡Ay!, ¡ha venido mi primo!” y ya saben que es que estás mala con el periodo. (M6.R.46)*

e) “La roja”

➤ *“La roja”, “me ha venido el primo”, o “la prima”, no me acuerdo bien. Eso son los nombres que yo he usado más; de hecho, casi siempre, el de “la prima” sobre todo.*

(M13.R.40)

f) “Ponerse los pendientes rojos”

➤ *Se ha puesto los pendientes rojos. (M24.U.21)*

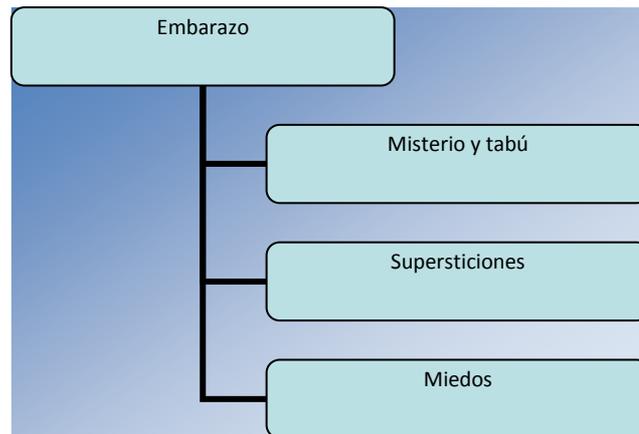
5.4. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA MATERNA

En estas etapas es donde más diferencias con respecto a la edad se observan en los discursos de las informantes, debido principalmente al avance en los campos de la ginecología y obstetricia.

5.4.1. Embarazos

Con respecto a los embarazos no se han recogido muchas creencias populares, debido a que es un tema ya muy controlado y quizás no se vea tanto como algo misterioso, ni hoy en día es tema tabú; sin embargo, en los discursos de las informantes más mayores se recoge que se tenía oculto el embarazo hasta última hora.

Figura 17. Representaciones sobre el embarazo



[Fuente: elaboración propia]

5.4.1.1. Misterio y tabú. Supersticiones

Se aprecia por las informaciones de las mujeres más mayores que, en muchos casos, no existía comunicación entre madre e hija con respecto a la salud reproductiva de las mujeres, como se expuso durante la menstruación. Algunas entrevistadas más mayores refirieron que el tabú continuaba durante el embarazo. Una de las informantes nos refiere que su madre no comentó con ella nada referente a la menstruación, ni ella comentó con su madre nada relacionado con el embarazo, hasta el extremo de que una hermana suya, que estaba casada, estuvo los nueve meses de embarazo ocultándoselo a su madre con un delantal.

- *Mi hermana se lo tuvo oculto el embarazo durante los nueve meses a mi madre, con un delantal. Antes las personas mayores no hablaban como se habla ahora que al primer mes ya se habla (del embarazo). Es que antes muchas cosas no se hablaban delante de los niños, y es que hoy no es que me asuste pero veo muchas veces las palabras delante de los niños, que no, que no, que a mí me da vergüenza. Es que antes no se hablaba como hoy, pero vamos que cada uno... (M1.R.65)*

El hecho de no comentar nada acerca de la menstruación suponemos que podía deberse a vergüenza o respeto. Sin embargo, el hecho de no hablar de los embarazos, y de que incluso se llegaran a tener ocultos hasta el final, interpretamos que puede ser debido al hecho de que muchos de los embarazos no llegaban a buen término.

- *Se tenía oculto lo del embarazo hasta última hora. Tú veías las cosas que las estaban preparando y así lo veías, se metían las cosas en un barreño grande por la noche y se tapaban con un trapo para que no se vieran. (M1.R.65)*

Se utilizaban incluso metáforas que servían para indicar que una mujer estaba embarazada, y que eran utilizadas entre mujeres y también entre madres e hijos/as. Nos referiremos a la expresión “¡Ya hay ropa tendida!”, utilizada para decir que se estaba embarazada.

- *Yo muchas veces lo notaba a mi madre [el embarazo] porque claro, hablaba “¡ya hay ropa tendida!”. Se imaginaba una, cuando tenía ya más de 10 años, se imaginaba una que era eso [que estaba embarazada], y a lo mejor se ponía pá tenerlo y decían “¡anda, ve por un mandao!” o “¡ve pá cá, ve pá ya!”, y cuando ya llegabas tú, ya estaba el niño llorando. (M1.R.65)*

Sin embargo, para M3 la expresión “¡ya hay ropa tendida!” era utilizada cuando estaban hablando las personas adultas, y si se les acercaban niños, era una especie de clave para cambiar el tema de la conversación, quizás por tratarse de temas no adecuados para menores.

- *Cuando éramos chicos se decía lo de “¡ya hay ropa tendida!”. Eso se decía cuando había por ahí niños, y no querían que se enteraran los niños. (M3.R.82)*

Algunas entrevistadas de mediana edad también refieren misterios relacionados con los embarazos y las metáforas utilizadas:

- *A mí me han llegado a decir lo de la cigüeña todavía, que los niños venían de la cigüeña, que además yo me acercaba al campanario y venía y yo la cigüeña mirando y temblando a ver si tiraba los niños pequeños. Que las mujeres embarazadas a lo mejor me decían “no, es que esa ha comido mucho hiebro de los jaramagos”. Mucho misterio también con lo relacionado con el embarazo. (M13.R.40)*

Han aludido igualmente a supersticiones relacionadas con el embarazo. La mayoría de las recogidas en la investigación respecto a este tema provienen de las informantes extranjeras.

- *A veces si se le antoja algo y no lo consigue eso significaba que iba a tener parto difícil. (M20.SAHARAU1.24)*
- *Al ser en situación precaria se le pide a la parturienta que pida a Dios (Alah) y que rezara y leyera las oraciones mientras llegaba el momento del parto. (M20.SAHARAU1.24)*
- *Buena higiene y comida... no abusar del té... y seguir consultas matrona si se puede. En nuestra daira (pueblo) se hacía la consulta los sábados. (M20.SAHARAU1.24)*
- *Hombre, las embarazadas, por ejemplo, si ven una persona que es muy fea y no le gusta, que tiene que escupirse en la barriga y decir ¡que no, que mi hijo no sea tan feo! (M19.RUMANA.35)*
- *Embarazada no te puedes duchar con agua caliente. (M17.UCRANIANA.55)*

Aunque también se han recogido de las informantes españolas. Hoy en día estas supersticiones son contadas como algo anecdótico y simpático, y realmente según las informantes no lo tienen en cuenta.

- *Que no viera partos, eso me decían a mí, que cuando estabas embarazada no vieras partos porque te podían dar ganas de “apretar”. (M4.G1.U.52)*
- *No tomar fruta ácida, porque tiene el niño retortijones. (M19.U.35)*
- *Cuanto más pelo, más ardentías, cuanto más pelo tuviera el niño en la cabeza más ardentías. Bueno, aunque a mí me decían eso y yo tenía muchísimas, muchísimas, muchísimas ardentías, muchísima fatiga, pero horrores, y los dos salieron con el pelo hasta aquí arriba... (M9.U.37)*

- *Mi madre me dice que cuando las mujeres embarazadas se ponen guapas, favorecidas, es que van a tener un niño, y que cuando se ponen feas, como con “cara de cabra” es que van a tener una niña. Dice que por el tema de las hormonas la niña le roba como si dijésemos belleza a su madre y la verdad es que no falla, casi siempre acierta. Esto lo he escuchado yo mucho, también de otras mujeres. También dice que cuando la barriga es redonda tiene un niño me parece y que cuando es de pico una niña, aunque de eso no estoy segura. (M24.U.21)*
- *Yo siempre he escuchado lo de los antojos, que si el niño o la niña tiene una mancha de nacimiento es que a la madre se le antojó algo que no se comió. Por ejemplo mi hermana tiene una mancha en la cara pequeña con forma de tajada de melón, mi madre dice que se le apeteció y que no se lo pudo comer. ¡Por eso hay que mimar a las embarazadas con los antojos! (M2.G3.U.52)*

5.4.1.2. Miedos por la edad de la madre

Se observa en algunos discursos el miedo a vivir un embarazo por encima de los treinta años, al pensar que se pueden tener hijos con problemas. Se ha puesto de manifiesto tanto en entrevistas como en grupos de discusión.

- *A Arturo lo tuve con 29, y a Paola con 32, a Patricia con 36 y al Víctor con 43. Me dijo, antes de llegar a los tres meses, que era una edad muy delicada, que aunque yo estaba muy bien y que no tenía ni fatiga ni nada, pero que lo más posible es que tuviera un niño subnormal. Ella decía: “hay que ponerse..., tú no llores ni nada, pero lo más probable...”; y que... y habló con otros médicos y me dijo que podía abortar si yo era... y yo le dije que no. Hombre, me dijeron que con esa edad... Fíjate, ahora paren hasta con 45 y 47 años. (M22.U.77)*

Esta informante nos cuenta que se llevó los nueve meses llorando por el miedo de que su hijo tuviese problemas, se sentía culpable.

- *Yo los 9 meses llorando, yo no tenía ganas ni de comer, ni de beber ni de vivir hasta que no nació el niño. Ella me dijo que había dos opciones, o abortar, porque podía ser que no... o que saliera un niño subnormal. Yo le dije que yo no abortaba, digo yo, “yo eso de los abortos, ¿y si mi niño no tiene nada?”. Un niño con cinco kilos, una prenda que fue, y lo crié mejor que a ninguno. 34 años que tiene ya. Pero con 43 años ya era para llorar en aquellos tiempos. (M22.U.77)*

Nos sigue dando detalles del día del nacimiento de su hijo en los que se refleja el ambiente de preocupación cuando se producía algún problema:

- *De las 14 personas que parimos, una con 20 años tuvo una niña mongolita, que entonces la enfermera, como era tan amiga nuestra, pues viene y dice “no te traigo al niño porque hay aquí una que ha tenido una niña mongolita. Espérate un poquito, a ver si se te pasa lo de la anestesia y ya te lo traigo, y si no pues te lo llevaré a la habitación en cuantito tenga un rato. Toda las que habéis parido con más de 20 años están todos niños normales y esa ha tenido una niña, porque era una niña lo que tuvo, subnormal, con 20 años”. Y ya yo, yo ya lo que quería era ver al niño, yo estaba allí ya cuando había parido y yo me estaba asfixiando, yo lo que quería era verle a mi niño la cara. (M22.U.77)*

Otro testimonio refuerza esta idea de temor durante el embarazo a partir de una determinada edad:

- *Yo tuve mucho miedo todo el embarazo, porque yo me quedé embarazada y estaba de cuatro meses pero no sabía que estaba en estado, imagínate, de cuatro meses. Fíjate, yo me llevé 14 años casada y no tuve nada, no me quedaba embarazada y yo, con 38 años, me creía que se me estaba quitando la regla, no te lo pierdas, por favor. Me pusieron de alto riesgo, de no sé qué, bueno, entonces no había ecografías aquí en Sevilla. Yo lo pasé fatal. Fui a Madrid, a que me hicieran una ecografía allí, yo había tomado pastillas y todo, que tenía gripe, me acuerdo. (M21.U.61)*

Otra informante del grupo de discusión de las mujeres de mediana edad nos refiere este temor:

- *Yo recuerdo una compañera, tendríamos entonces unos 17 años, cada una con su novio, que tenía muchísimo miedo, pánico, fobia... yo no sé si es que había tenido algún antecedente en la familia, a que le salieran los niños con problemas, por eso decía que había que tenerlos cuanto antes. De hecho se caso con 18 años y a los 19 ya tenía un hijo, pero a mí me llamo la atención fijate que teníamos la misma edad, 17 años, que esa chica tuviera ese miedo tan grande y anticiparse muchísimo a la maternidad, ir corriendo a la maternidad pero no porque desease ser madre, sino porque no pudiera quedarse embarazada pronto y luego los niños tuviesen problemas. (M5.G1.U.52)*

Esta misma informante nos ilustra su experiencia al respecto menos condicionada por las angustias de quienes la rodeaban:

- *Yo por ejemplo a mi primera hija la tuve con 37 años, muy distinta la mentalidad, yo viví mi vida y disfruté de muchas cosas. Ese sí es un tema de temor, no de falsas creencias sino de temor... a veces muy trabajado desde determinados lugares sociales. Yo fui posponiendo voluntariamente la maternidad y luego me quedé embarazada sin problemas; que pude tener problemas pero no los tuve... Entonces tenía compañeras que no habían podido tener hijos y también compañeros que me decían... -¿tú cuántos años tienes? -y yo le decía,- yo 35-. -¡Uy, pues ya es menester que te des prisa! Un poco, esa cuestión de tenerlos a una determinada edad. Es verdad que hay una edad fértil. Yo provengo de una familia que somos 7 hermanos, 5 varones y 2 mujeres y mi madre resulta que el primero lo tuvo con 25 años y el último con 42, y yo he visto alrededor mía muchas mujeres que han tenido a sus hijos durante todo su ciclo fértil... con lo cual tú dices, vamos a ver, puede haber más riesgos pero por qué nos vamos a poner en lo peor... vivamos la vida tranquilamente y si viene algún problema pues ya intentaremos arreglarlo, no vamos a anticiparnos. Lo quería abortar, es que nos faltan creencias, información sobre el tema de la maternidad relacionado con la edad, que hoy en día desde hace unos años para acá se está retrasando, pero que todavía hay desconocimiento. Mi compañera le tenía pánico, pánico, susto al estado de embarazo continuo. Para mí los embarazos fueron estupendos. (M5.G1.U.52)*

Para esta informante la experiencia de la maternidad fue muy buena, aunque tuvo a su primera hija con treinta y siete años, y habiendo tenido antes algunos problemas de salud:

- *Yo pensaba con 33 años que me iba a ir muy mal, muy mal, y yo pensaba, ¿Dios mío, yo tengo que tener hijos? Yo es que estaba malísima, con una fibromialgia que antes de que existieran antes de que se diagnosticaran como el síndrome de fatiga crónica cuando tenía 24 o 25 años. Cada una tenemos una mochila encima con temas de salud. Yo decía ¿a ver cómo lo voy a coger?, pero bueno, le echamos valor al tema y nos encontramos con la sorpresa de que los embarazos fueron muy buenos, los partos buenos, lógicamente después tienes una temporada en la que te tienes que recuperar, y yo considero la edad que tenía y no es lo mismo la recuperación que si hubiese tenido 17 años menos pero bueno, para mí ha sido una experiencia muy buena. (M5.G1.U.52)*

5.4.1.3. La maternidad como única vía hacia la felicidad

Aunque hoy en día ya está superada en gran parte la idea de la maternidad como único objetivo y fin sobre el que girar la vida de las mujeres, sobre todo en las generaciones jóvenes, todavía muchas mujeres mayores de nuestro entorno asocian la maternidad como la única vía de realización femenina.

- *Yo tengo 47 años y yo ya “no voy a ningún sitio”³⁹⁵, pero yo me he pasado toda mi vida escuchando a mi tía y a mi madre lo de los hijos, no tener hijos es no tener alegrías en la vida, y ellas no saben lo bien que yo estoy. Yo he tenido la decisión de no tener hijos y la gente no lo entienden. (M6.G1.R.47)*

Esta idea que nos transmite la informante de “no tener hijos es no tener alegrías en la vida” ha estado fuertemente imbuida en nuestra cultura, como lo refleja a la perfección la obra teatral de *Yerma* (1934), de Federico García Lorca, que narra el drama de una campesina de nombre Yerma, frustrada por no tener hijos porque su marido es estéril. O se produce incertidumbre cuando la madre es soltera:

³⁹⁵ Se refiere a que no puede tener hijos.

- *Yo soy madre soltera y las personas me decían “pero cuándo te vas a casar, cástate”, y yo les decía “que no me quiero casar, que quiero ser madre soltera”, pero es que no te escuchan... no te creen... decían que así iba a estar peor. (M3.G1.U.35)*

La presión social se sigue sintiendo hoy en día con respecto a la maternidad, según refiere este testimonio:

- *Pero son las propias mujeres, las propias mujeres más que los hombres, y toda la vida escuchando “¡pues ahora vas a tener la vida incompleta!, ¡pues ya te acordarás cuando seas mayor!”. Yo he escuchado toda mi vida que los tíos son un sufrimiento... ¡pues yo no quiero sufrir! Nunca he sentido esa llamada biológica de la maternidad, nunca la he sentido, la verdad. (M6.G1.R.47)*

5.4.2. Partos

En nuestro país se producen importantes cambios a la hora de asistir al parto durante el siglo XX. Hasta que se implantó el Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1942, la asistencia a los partos era mayoritariamente en el domicilio de las mujeres³⁹⁶. Al ser las informantes de varias generaciones, es interesante observar cómo se produce el cambio de los partos en casa a los partos en los hospitales. Las informantes más mayores nacieron y tuvieron a sus hijos en casa; muchas de las de mediana edad nacieron en sus casas también, pero dieron a luz en hospitales, y por último las jóvenes han nacido y dan a luz en hospitales.

5.4.2.1. Testimonios de los partos en casa

La entrevistada M1 nos cuenta que, durante su infancia y juventud, la mayoría de los partos eran en las casas y que, aparte de la matrona, había muchas mujeres dedicadas a ayudar en el traer niños al mundo. Ella lo expresa como “recoger niños”. Los partos que ella recuerda de su infancia y adolescencia, e incluso su primer parto, fueron en su casa:

³⁹⁶ Jose Antonio Usandizaga Beguiristáin, Gabriel González Navarro. *Historia de la Obstetricia y Ginecología Española*. Tomo II. (1ª ed). Las Rozas (Madrid): Hab ; 2007.

- *Los partos más que ná eran en las casas, venía la matrona y te miraba si eso [si estabas de parto], pero si era cosa de eso, no iba nunca nadie al hospital, era en la casa con ganchos. Te metía ganchos abí y te sacaban al niño, y fijate tú el niño... vamos que era mú raro ir al hospital, vamos, que es que no había, estaba San Lázaro, el hospital no estaba, más que ná era san Lázaro. (M1.R.65)*

En el momento del parto eran las madres sobre todo las encargadas de ayudar a las hijas, preparaban sábanas viejas y se ponían a calentar agua:

- *Las madres ibas a tener un hijo y preparaban una sábana, una sábana vieja. ¡ea!, te ponías pá tener el niño... ¡a calentar agua!, a lavarlo, a prepararlo... y ya está. (M1.R.65)*

En España durante el siglo XX era la comadrona la persona de referencia que asistía los partos. Aunque no es el fin de este trabajo, con respecto a la historia de las matronas en España hay que destacar la obra del profesor de la Universidad de Sevilla Manuel J. García Martínez³⁹⁷, doctor en Antropología Social y cultural, enfermero y matrón fundador, junto con Antonio C. García Martínez de Híades, de la revista *Historia de la Enfermería*.

- *Había muchas veces que eran personas que se dedicaban a eso, ¿sabes? Había también, ya te digo, doña Alicia que esa era matrona, esa venía con su delantal blanco y preparaba tó... pero había muchas que se dedicaban a eso, a... a recoger niños. (M1.R.65)*

Llama la atención el detalle del delantal blanco, que interpretamos como un signo de diferenciación y de profesionalización, y al indicar que “lo preparaba todo”, entendemos que probablemente acudiría con todo lo necesario para asistir a la mujer.

³⁹⁷ Manuel J. García Martínez, Antonio C. García Martínez: "Fechas clave para la Historia de las Matronas en España". Artículo publicado en *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, número 5-6 (1999), pp. 243-260. http://www.portalhiades.com/Otros%20enlaces/B%20Cronología%20Histórica/Cronología%20Matronas/Crono_Matronas.htm

Además el tratamiento que le daban era de “doña”: al igual que al médico del pueblo, la matrona era doña Alicia. Las demás mujeres que “se dedicaban a recoger niños” quizás lo hacían para ayudar, ya que seguramente la matrona no daría abasto con todos los nacimientos. Además, por el testimonio de la primera entrevistada, creemos que tanto el practicante como la matrona cobraban, y quizás estas mujeres “parteras” no, o en menor cantidad, pensando en las familias más humildes.

Solamente en casos de necesitar ayuda o de presentarse una situación difícil, se llamaba a un médico:

- *Para los partos en casa se ponía mucha agua caliente en las casas, muchas toallas y un hule, yo tenía un hule. Yo me acuerdo que decía mi madre... vamos... venía la comadrona, te reconocía... A fuerza de dolores tuve al primero... me desgarré entera, me tuvieron que coger puntos pero me quedaron mal... Tuve que ir al ginecólogo don Luis Cobos para que me los terminara de arreglar. Yo tuve a mis hijos con 28 ya a los tres en el mundo. Mi madre ponía el hule, todas las toallas viejas y las sábanas las guardaba mi madre. “¡Esto pá cuando tengas otro chiquillo, esto pá cuando tengas otro chiquillo!”. En la azotea había un lavadero y así se guardaban, siempre metido en agua y se guardaban para otro parto. (M11.R.84)*

Una de las informantes incluso recuerda cómo ayudaba ella misma a la matrona mientras asistía a su madre, que era parálitica y no podía preparar nada:

- *La matrona en cuanto llegaba decía “a los niños quitarlos de en medio” y decía mi madre “a mi Lola no, mi Lola es la que tiene que traerme las cosas. Mi Lola no”; como había tres habitaciones allí en el pisito ese [corral de vecinos de Triana], pues mis hermanos se iban todos allí o se iban a la calle y yo me quedaba allí llevándole el agua caliente, llevándole lo que ella me pedía. Verla, no, escuchar, porque yo entrar para verla nacer no. Vamos, que a mí, ya ves, no me hubiera importado, con lo que yo llevaba ya con mi madre. Ella prefería que te quedaras fuera. Ella tenía una olla de porcelana en vez de aluminio, y esa agua había que ponerla a hervir, y cuando se vaciaba poner otra en la candela, que entonces era candela de carbón. Las sábanas todas preparadas, los hules, unos hules que ponían con unos alfileres grandes en la cama, encima del colchón con las cuatro esquinas con unos alfileres, que por cierto tengo*

yo los alfileres guardados de mi madre. En el colchón, estaba el hule y la sábana para que no se moviera mientras que se movía la mujer que estaba pariendo. (M22.U.77)

Las mujeres de las clases sociales más pudientes comenzaron a ser atendidas en sus partos, a petición de ellas, por el médico en el domicilio³⁹⁸. M3 nos cuenta también sus recuerdos de los partos en casa. Se aprecia en su discurso que, aun siendo la entrevistada mayor (tiene ochenta y dos años), su estatus económico era muy elevado, por lo que se pueden apreciar diferencias con el testimonio anterior, el de M1, que sin embargo era de una familia muy humilde.

- *Mi madre nos tuvo a todos en casa, solo a un hermano lo tuvo fuera porque estaban veraneando allí en Rota. Yo no me acuerdo de los partos porque mis hermanos eran mayores que yo. Iban el médico y la matrona. Yo me acuerdo de estas cosas que se contaban en las casas que mi hermano Manolo nació en Rota. A mí mi embarazo me lo llevo Norberto de maravilla [ginecólogo amigo de la familia], luego después llegaba la matrona para bañar al niño. Una mujer que trabaja en casa de mis tías, Encarnación, decía que había nacido encima de un caballo, que la madre iba a dar a luz iba en un caballo o en una mula, y pararon y la tuvieron en los campos...*
- *¿Se pondrían a calentar agua no?- [referido a sus partos]*
 - *¡No hombre, calentar agua no porque ya había agua caliente! estaban los cuartos de baño al lado. Me acuerdo que una vez mi hermano José Luis se calló y le pusieron sanguijuelas, supongo que las cogerían de la farmacia, no lo sé... (M3.R.82)*

Podemos señalar como diferencias entre estos dos testimonios que en el de M3 asistían a los partos el ginecólogo y la matrona (que bañaba al bebé), y que no tenían que ponerse a calentar agua porque salía caliente del cuarto de baño que estaba cerca de los dormitorios. Este hecho nos indica que M3 vivía en una casa acomodada. De hecho nos indicó que durante su infancia y adolescencia (hasta casarse) vivió en una casa palacio de Écija, actualmente destinada a organismo público.

Según la profesora Rosalía Romero³⁹⁹, en los años 20 del siglo pasado toma

³⁹⁸ *Ibidem.*

³⁹⁹ Rosalía Romero Pérez. "Hacia una Historia del pensamiento feminista en España". *Estudios feministas*, Diciembre 2006. Disponible en: <http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys10/espanha/rosalia.htm>

cuerpo el desarrollo del eugenismo conservador, basado en las nuevas explicaciones de Gregorio Marañón sobre la vieja doctrina de la complementariedad de los sexos: la teoría de la diferenciación sexual constituye el eje ideológico de la higiene, la puericultura y la maternología. La mujer-madre será objeto de elogio desde posiciones que parten del principio del determinismo biológico.

5.4.2.2. Utensilios: agua caliente, toallas, sábanas y hules

Cuando llegaba la matrona lo primero que se hacía, según refieren las informantes, era poner agua a hervir y sacar las toallas y sábanas viejas que se iban guardando en las casas para utilizarlas durante los partos. Asimismo, si había niños en las casas los sacaban de allí con diferentes excusas, y cuando regresaban ya se encontraban al recién nacido en el mundo.

- *Para los partos en casa se ponía mucha agua caliente en las casas, muchas toallas y un hule, yo tenía un hule. (M11.R.84)*

Los hules se ponían encima del colchón cogido con alfileres para que sirvieran como de protección para el colchón. Una de las informantes incluso refiere tenerlos todavía guardados:

- *Claro, las sábanas todas preparadas, los hules, unos hules que ponían con unos alfileres grandes en la cama, encima del colchón con las cuatro esquinas con unos alfileres, que por cierto tengo yo los alfileres guardados de mi madre. (M22.U.77)*

Se nacía en las propias casas y en la cama de los padres:

- *Yo nací en mi casa, donde yo vivo, y mi madre me parió en mi cama. Antiguamente es que se nacía en las casas y mi madre me tuvo en la suya que ahora es mía porque la he heredado yo. Yo no, yo ya tuve a mis hijos en el hospital. Así que cuando vienen a mi casa les digo mu orgullosa ¡aquí me parió mi madre! (M10.U.48)*

La introducción de los antibióticos a mediados del siglo XX supuso un importantísimo y gran avance, en el control y desaparición de la fiebre puerperal en la mayoría de las ocasiones. Al mismo tiempo, comenzó a expandirse la realización de las cesáreas. Con respecto a la asistencia de los partos en esta época, es importante destacar que los ginecólogos empiezan a asumir cada vez más partos normales que antes asistían las comadronas y matronas⁴⁰⁰.

- *Yo nací en mi casa. Antes los partos eran en las casas, si el niño venía bien estupendo, pero si el niño venía mal se morían la madre y el niño. (M18.U.78)*

Como se ha expuesto, los partos se realizaban la mayoría en el domicilio de las mujeres, la hospitalización de las parturientas quedaba reservada para los casos graves o para atender a un estrato de la población tenido como marginal en aquella época: prostitutas, madres solteras⁴⁰¹.

A partir de 1950 y tras la recuperación de España de la guerra civil, en la asistencia obstétrica española se produjeron algunos cambios. Los partos que eran asistidos a nivel privado, empezaron a trasladarse del domicilio de las mujeres a las clínicas, ya que la asistencia de los partos va a estar incluida entre las prestaciones que cubre el Seguro de Enfermedad. Por esta razón, las mujeres aseguradas acudirían a las clínicas en los casos en que se preveía un parto complicado, cuando se produjera una urgencia o cuando el domicilio no reuniese las condiciones necesarias para dar a luz. De esta manera, se inició el traslado de los partos del ámbito domiciliario al medio hospitalario.

M1 tuvo su primer hijo en casa, pero desgraciadamente no fue bien el parto y murió el bebé:

- *“Yo tenía que ir a Sevilla, porque el primero me nació muerto, entonces pues me hicieron unas pruebas pá ver de lo que era, entonces era que era el niño era muy grande y no tenía cabía. Entonces cuando fue el nacimiento, como no tenía cabía pá moverse, pues se asfixió. Y ya, pues eso, me dieron una tarjetita, como un librito que tenía puesto: “Vigilar embarazo. Parto en clínica”, pero ya claro, hace ya 40 o 41 años...*

⁴⁰⁰ Jose Antonio Usandizaga Beguiristáin, Gabriel González Navarro. *op. cit.*

⁴⁰¹ *Ibidem.*

Yo lo tuve en la casa y allí no había ná... Allí cuando tú ibas a tenerlo no sabías si venía bien o no... No es como hoy que a los 2 meses ya sabes cómo va... yo no sabía cómo venía... Yo, lo que pasa es que yo cumplí, y claro, como no me ponía mala [de parto] pues nada...entonces cuando me puse mala vino la matrona del barrio porque esta [la matrona de su pueblo, doña Alicia] yo no sé si estaba aquí o no. Y dice “¡uy, si esto ya está aquí, si esto ya va a nacer!”. Y ya no me dio tiempo de ir al hospital ni ná... Nació de corrió desde luego, pero claro no me dio tiempo de ir al hospital”. (M1.R.65)

Debido a este problema que tuvo en el primer parto, los siguientes tres hijos los tuvo en el Hospital de las Cinco Llagas o también llamado Hospital de la Sangre, hoy sede del Parlamento de Andalucía.

- *“Ya después los demás partos sí los tuve yo en Sevilla en el Hospital de las Cinco Llagas. Abí nació el Antonio, la Manolita y el Pepe y después, en García Morato, nació la Angustias y Nati porque estaba el hospital arreglándolo. Cuando nació mi Pepe estaba tó apuntalao y lloviendo, caía el agua a mares”. (M1.R.65)*

Actualmente, en el siglo XXI, podemos decir que los partos son asistidos, casi en su totalidad, en el ámbito hospitalario por un equipo multidisciplinar formado por matronas, obstetras y pediatras con medios y técnicas para controlar el bienestar materno-fetal.

5.4.3. Puerperio

El puerperio, coloquialmente conocido como “la cuarentena”, es el periodo que inmediatamente sigue al parto y que tiene una duración aproximada de seis a ocho semanas, de ahí de lo “cuarentena”, periodo en que el cuerpo materno vuelve a las condiciones pregestacionales. Los productos eliminados durante el puerperio se llaman loquios, y contienen sangre, mocos y tejido placentario.

Tras la investigación, destaca en el puerperio la prohibición de bañarse o ducharse durante la cuarentena, igual que durante la menstruación.

- *Mi madre decía que la cuarentena había que respetarla, que no se podía lavar ni meterse en el agua entera ni nada. (M22.U.77)*

Se detecta la idea expuesta por algunas mujeres de “que la sangre de la cuarentena se corta por el agua”, al igual que se apreciaba en la menstruación. Es la misma creencia negativa pero aplicada a este proceso fisiológico del puerperio.

- *En el hospital estaba yo con mi madre en la habitación ¿no? y también estaba mi marido. Mi marido se fue “pá” fuera. Cuando salió él “pá” fuera, dije a mi madre: “Mamá, ten en cuenta de la niña que me voy a bañar...”. “¡Uy!, ¡te vas a bañar, mira que eso es malo! –tú sabes las cosas de ella– recién paría, que te puede pasar algo. Se lo voy a decir a tu marido”. Pero claro, como yo ese problema no lo he hablado nunca con ella..., era cosa que ella contaba. Pues a eso que llega una de las enfermeras y le pregunto: “mira te voy a hacer una pregunta, porque dice mi madre que no me puedo bañar porque estoy recién paría”. “Y eso ¿quién se lo ha dicho a Vd., señora?, por favor, por favor, que estamos en el siglo XX” ¿Sabes lo que te digo? Eso era antes, las cosas de las viejas que no te mojaras, que si una toallita ¿sabes qué te digo?, por favor señora, ¿entonces para qué están aquí puestas las duchas y los termos para que la gente se asee, si no esto iba a ser una fiesta...”. ¿Sabes lo que te digo? (M10.U.48)*

- *Cuando nacían mis hijos siempre, con esa manía siempre, “Lola, no te vayas a esto...” y yo, “mamá, que eso ya es muy antiguo, que ya a mí no me pasa nada, si eso ya los médicos hoy te dicen que te puedes duchar, acabada de parir y te meten en la ducha”. Cuando yo tuve a mi Arturo estuvo muy malo y yo también muy mala, y cuando ya llegué yo y acabé de llevarle al niño, dice: -“Tú no te habrás bañado, ¿no?”, -“¿Que no? al día siguiente, al momento de tener al niño por la mañana, te duchas, a la vera de donde pares hay una ducha y te metes”, -“¡Uy por Dios! , ¿y no te pasa nada?” -“No pasa nada, mamá, que no pasa nada”. Ella siempre tenía eso, ella cuando peor lo pasó, creo, de todos los años que estuvo mala, fue cuando llegaba esa hora. Pero es que lo decían los médicos, porque decían que eso era que se cortaba el cuerpo, que se podía morir una persona, yo no creo que eso, vamos... porque eso ya la historia de ahora, ahora pares tú al niño y te están duchando por la mañana, vamos, a mí por lo menos, yo me han duchado, y si ha*

sido una operación, como la que yo tengo de problemas vaginales, las dos, pues me han duchado por la mañana. (M22.U.77)

En ambos testimonios se aprecia cómo el hecho de que en los hospitales hubiese duchas era muestra de legitimidad y de que las mujeres se pudiesen duchar, ya que ambas mujeres se lo refieren a sus madres. Por sus testimonios sabemos que sus madres dieron a luz en casa, mientras que ellas han dado a luz en hospitales. Con este cambio en algunos casos se producía un conflicto generacional.

➤ *Las personas que estaban recién paridas no podían bañarse, ni podían lavarse el pelo, creo, la cabeza, o sea, que no podían bañarse, en la cuarentena, en la cuarentena... Me acuerdo. (M21.U.61)*

Al igual que ocurría con los temores relacionados con la sangre menstrual, el temor a mojarse con agua durante el puerperio se deben a la falta de información y al desconocimiento, ya que se detecta que a más información, menos miedos. La creencia de la incompatibilidad del agua con la sangre menstrual se extiende e implica hasta el puerperio, quizás por semejanza de los loquios con la sangre menstrual. De hecho, al ser una secreción compuesta por sangre y provenir de los genitales femeninos se cargó de las connotaciones culturales negativas como las descritas en la menstruación.

Sin embargo, llegados a este punto, hay que señalar que hoy en día la menstruación sigue siendo origen de creencias erróneas y de miedos como lo era antaño, con sus prohibiciones vigentes, y que, sin embargo, el puerperio no es origen actualmente de temores relacionados con el agua como sí lo era antes. Esto se debe, en nuestra opinión, a los avances en matronería, obstetricia y ginecología. Por esta razón, actualmente los embarazos no son un tema tabú como sí lo era hace unas décadas, hasta el punto de esconderse, como refieren algunos testimonios y de cambiar de tema cuando había niños/as delante.

La ausencia de temores, como decimos, es especialmente evidente en el control del embarazo. Aunque se pueda vivir con un poco de temor natural por la evolución que pueda seguir (y en las mujeres a partir de cierta edad como se ha expuesto), antes se mantenía oculto hasta última hora, cuando ya era evidente, quizás por prudencia, al tener la experiencia de que podían producirse complicaciones en muchos casos. Hoy en

día, aunque la noticia pueda ceñirse a la familia, se comunica desde la primera falta a los más allegados o, como mucho, se espera por “prudencia” hasta después del primer trimestre.

5.4.4. Lactancia materna

Siguiendo a Yvonne Knibiehler, nos preguntamos: la madre que amamanta, ¿es hembra o una madre? ¿Qué parte de instinto animal y qué parte de sentimiento humano, hay en su comportamiento? Las sociedades occidentales no tienen una respuesta clara. Dos figuras, según esta autora⁴⁰², pagan los platos rotos de esta ambigüedad: la nodriza y la madre soltera.

5.4.1.1 Estrategias

En el discurso de todas las informantes aparece la idea de que la lactancia materna es lo mejor que se puede dar al hijo/a. Sin embargo, dependiendo de la edad de la informante y de su posición social, aparecen un conjunto de estrategias como alternativas a la lactancia materna que a continuación se analizan:

a) Amas de cría

En Andalucía se utiliza la expresión “ama de cría” en vez de nodriza. De hecho, es el término empleado en los testimonios de algunas de las informantes.

La industria de la nodriza prospera en todo Occidente durante el siglo XVIII, aunque con algunas particularidades: las nodrizas negras predominan en el Sur de los Estados Unidos, los ingleses utilizan madres solteras y las campesinas casadas son las preferidas por los franceses. La costumbre se basa en el tabú sobre las relaciones sexuales durante el amamantamiento⁴⁰³. Es importante señalar que la decisión corresponde siempre al padre.

Siguiendo a Yvonne Knibiehler⁴⁰⁴,

“la novedad que se produce en el siglo XIX es el surgimiento de la nodriza *in*

⁴⁰² Yvonne Knibiehler, “Cuerpos y corazones”, en *Historia de las mujeres*, Volumen IV. El siglo XIX. Madrid, Ed. Taurus, 2006. p. 365.

⁴⁰³ *Ibidem*.

⁴⁰⁴ *Ibidem*.

situ, que va a vivir en la casa de los padres del lactante. Efectivamente, estos, al tanto de la mortalidad que castiga a los niños/as abandonados a una mujer ignorante, quieren vigilar al recién nacido. El problema estriba en las relaciones que a veces se complicaban entre la señora y su “sustituta”. La joven madre se muestra celosa de sus prerrogativas: a veces ha gastado una fortuna en el ajuar, la cuna, el cuarto del niño y quiere, pues, vanagloriarse de su *baby* y gozar de sus primeras sonrisas. Pero no se atreve a contrariar a la nodriza, cuya leche podría alterarse. Y esta, a veces, aprovechándose de esta ventaja, se muestra exigente y caprichosa”.

Según nos indica la revisión bibliográfica, las nodrizas eran ante todo un cuerpo, al que se le trataba bien, pero que también se domesticaba⁴⁰⁵. Esta idea de cuidado se observa perfectamente en los testimonios de las informantes que conocieron amas de cría:

- *Yo sabía que había amas de crías. Casi todas eran muy gordas, iban vestidas de negro con un delantal y un moño atrás. A esas mujeres se les cuidaba más que a nadie. Iban muy arregladas siempre con su moño atrás; no le consentían el pelo corto ni largo suelto, sino recogido atrás (M11.R.84)*

Una de las informantes incluso tuvo un ama de cría, de la que se acuerda con gran afecto:

- *Yo recuerdo perfectamente a las amas de cría porque las recuerdo con mis dos hermanas que por cierto las tengo en una foto por ahí que estoy harta de buscarla y no la encuentro. Mi ama de cría se llamaba Mercedes y era de Bollullos, eran todas de Bollullos. Hubo ocho amas. Las amas de cría eran unas señoras que habían dado a luz y sus hijos se los daban a sus madres (abuelas) para criar a las casas a los hijos de otras. Mi madre jamás pudo dar el pecho, le pasaba lo que a m^a⁴⁰⁶. Cada hermano tenía un ama de cría. El ama Josefa crió a mi hermano José Luis y a mi hermano*

⁴⁰⁵ *Ibidem*.

⁴⁰⁶ La informante refiere que se le producían mastitis y que se le infectaban, por lo que le prohibieron la lactancia materna. De hecho, refiere que tuvieron que operarla de urgencia de una mama por la infección que se le produjo.

Guillermo que era el tercero, volvió y luego se quedó allí en la casa. Las amas de cría tenían su cuarto, eran de Bollullos del Condado, se quedaban en la casa, criaban a los niños, los vestían, los arreglaban, le daban el pecho, le cambiaban la ropa, los vestían ¡todo! (M3.R.82)

Para los patrones constituían las amas de cría un signo exterior de riqueza, por eso estaban siempre coquetamente arregladas. En las casas las cuidaban bien, las mimaban y recibían muchos regalos en forma de joyas y demás accesorios, como se ha reflejado en los discursos. Duerme en la habitación del niño/a, no en una buhardilla o en otras habitaciones como las demás domésticas y trabajadoras del hogar. Se le imponía una limpieza muy estricta y rigurosa, pero comía lo que se le antojaba y casi no trabajaba aparte de los niños/as, solo algo de lavado o de costura⁴⁰⁷.

Esta informante refiere además muchos detalles concretos acerca de la vestimenta y de la forma de pago. Se puede apreciar por el discurso que pertenecía a una clase social muy alta, de hecho, parte de su infancia y adolescencia la vivió en una casa palacio de Écija propiedad de la familia.

- *Me acuerdo que el ama llevaba una cofia puesta, su traje era blanco y negro, y el traje era por debajo muy gordo, muy gordo. Llevaban un collar y unos zarcillos. Los zarcillos de mantilla que yo me he puesto son de mi ama. Le regalaban al final de su crianza no sé qué dinero y unos pendientes y el collar que llevaban. Al menos en mi casa eso era tradición. Casi siempre el collar y los pendientes eran de bolas de plata. Ellas eran gordas todas. Se quedaban nueve meses o un año, de eso no me acuerdo bien. Yo me acuerdo que estando yo ya casada vino mi ama con su hija a verme y me trajo algo y me dijo “esto de tu finquita, hija” porque del dinero que ganaban con la crianza se compraban un terrenito. Yo me acuerdo que en la mañana le daban huevos crudos, crudos, a las amas, a las amas se le alimentaba muchísimo y muy bien, tenían sobre alimentación. Mi madre le daba a las 12 de la mañana un huevo batido, me acuerdo. (M3.R.82)*

Otra informante también recuerda esta figura del ama de cría durante su infancia, y eso que es muchísimo más joven que las anteriores. Recuerda la idea de que “le habían dado a la madre un susto” para justificar que a la madre se le retirase la leche:

⁴⁰⁷ Yvonene Knibiehler, *op. cit.*, pp. 365-366.

- *Yo me acuerdo también de niña escuchar mucho para justificar a quien no le daba el pecho porque estaba mala, o por lo que fuera... ¡Ay, a fulanita le han dado un susto y se le ha retirado la leche! Y entonces creo yo que le daban leche de cabra porque decían que la leche de cabra se asemejaba mucho a la de la mujer... Leche de cabra con una botella con una tetina... O también una señora que tenía mucha leche y criaba al niño de la que se le había quitado la leche. Le pagaban en dinero o en especies. Yo las recuerdo..., recuerdo a mi madre decir –“¿De dónde vienes, fulanita?” –“De darle el pecho al hijo de tal... que se le ha ido la leche”. (M7.R.60)*

Según los testimonios se observa que era una especie de favor entre mujeres, unas conseguían que su hijo/a fuese alimentado con leche materna y las otras obtenían un lucro, en forma de tierra la mayor parte de las veces, donde después se harían su casa, aunque también se les pagaba con joyas y dinero. A cambio las amas de cría dejaban a sus hijos en manos generalmente de sus madres. Muchas de las amas de crías vivían en régimen interno con la familia, y otras iban por horas, según los comentarios anteriores.

- *Se hacía un favor entre mujeres... Es que como era tan importantísimo, a las mujeres que no les podían dar el pecho les entraba un trauma, entonces tenían que acudir a una mama de pecho, al ama de cría... Yo me acuerdo de María, que tenía unas tetas que parecían las de una vaca... Yo tenía mucha curiosidad y estaba totalmente reprimida... María estaba criando a su hijo y al hijo de otra señora... no le pagaban en dinero, le pagaban en especies: con chacinas, aceitunas... Mi familia eran labradores y teníamos chacinas para todo el año de las matanzas, aceite para todo el año. (M7.R.60)*

Estos niños/as que se criaban por la misma ama, eran “hermanos de leche”, expresión muy utilizada en esta época. Esta informante recuerda una imagen curiosa cuando de niña fue con su madre a visitar a una amiga de esta a la que se le había “retirado” la leche y había contratado un ama de cría.

- *Las amas se llevaban criando a los niños mucho, año, año y pico, y más... Yo he visto escenas de tener uno aquí y el otro allí, el suyo y el que no era suyo. “¡Mira, mira, son hermanos... hermanos de leche! Mira, esos dos son hermanos de leche...”. Yo iba con mi*

madre a casa de esa señora, y le decía “¡Hija que se te ha ido la leche!” Y estaba la otra señora que era una vaca lechera y los niños ufufufuf mamando. Iban vestidas de negro o con unas túnicas moradas con unas cintas amarillas, en aquella época iban todas las mujeres mayores de negro, si se te moría alguien, te tenías que poner de negro.

(M7.R.60)

Una de las informantes que vivió su infancia en un patio de vecinos de Triana refiere que ella en su entorno no escuchaba ni existían las amas de cría, pero que sí tenía unas amigas que vivían en otro sitio y que por allí sí se escuchaba:

- *Sí, eso, abí lo escuchaba mucho eso, cuando estaba con los 13 años con las niñas de la Puerta Real, porque eran cuatro hermanas, tenían muchas amistades, de gente de bien, allí iba mucha gente, y allí escuchaba yo muchas cosas de los hermanos de leche, de... allí lo escuchaba yo, pero allí donde yo vivía no. No, allí como era gente todo que no era de mucho dinero... pero esta gente sí escuchaba yo el ama de cría, que era la que le daba la leche, la teta porque la madre no se quería estropear, eso lo escuchaba yo pero a la gente ya, tú sabes, de media clase. (M22.U.77)*

En algunas ocasiones, el ama de cría es contratada para que a la madre no se le “estropee” el pecho. Se refleja la falta de conocimientos sobre la lactancia materna y sus efectos beneficiosos tanto para el lactante como para la madre.

- *La gente más humilde no había ni ama de cría, ni ama de nada. Ni ellas eran amas de cría. Eran amas de cría de la gente que podían, criaban a su hijo y por el dinero criaban a los que le pagaban. Yo a lo mejor paría y no tenía dinero para poder sobrevivir, me daban un sueldo; antes me veía el médico, veía que estaba sana y te la pagaban las horas que tenías que ir tú a darle al niño la teta. Eso sí, pero allí la gente que yo veía, que eran gente bien, por no estropearse la teta le daban una ama de cría que las pagaba y las tenían con una alimentación buenísima, las tenían de noche durmiendo. Yo me acuerdo que Agripina tenía una amiga que era hermana de la hija del Niño Ricardo, un guitarrista que había antiguo muy bueno. Pues la madre no se quiso estropear, tuvo la niña con 26 años y le puso un ama de cría de por la mañana y otra por la noche, pagaba dos mujeres diarias, esa gente. Y me acuerdo yo que la tenía, porque era muy joven y no*

quería estropearse, ni el marido ni nada que se estropeará dándole la teta ni nada.

(M22.U.77)

De acuerdo con Yvonne Knibiehler, esta experiencia para el ama de cría implica duros sacrificios, ya que “la nodriza abandona a su familia y sobre todo a su propio lactante que otra mujer trata de criar, normalmente su madre. Antes de cerrar el trato, el médico le ha palpado los senos, ha degustado la leche, le ha tomado el aliento. Si bien no se le prohíben las relaciones sexuales (no se tiene la audacia necesaria para apartarla del todo del marido), por lo menos le son firmemente desaconsejadas”⁴⁰⁸.

b) Red de solidaridad “lactancia materna”

Según varios testimonios apreciamos que había una especie de “red solidaria” entre mujeres humildes que no pudieran pagar un ama de cría en torno a amamantar a los hijos de la misma edad. Para ellas esto era una práctica habitual. Equivaldrían a las amas de cría de las clases más humildes, que no tendrían medios económicos para pagar nodrizas, ni posteriormente el *Pelargón*, y tendrían como recurso amamantar a los niños para ayudarse mutuamente. No tendrían ánimo de lucro, sino únicamente el ayudarse entre mujeres que estaban pasando por situaciones parecidas. Por ello se podría definir como una red de solidaridad de lactancia materna, se daba entre hermanas y familiares, pero también entre amigas e incluso entre vecinas.

- *Yo he visto que allí en mi casa ha parido una mujer, ¿no? y la hermana casi de su tiempo; si la hermana no podía darle teta porque no tenía, entonces le daba su hermana. La hermana misma sacó adelante al sobrino y al hijo, le daba teta a los dos; que se puso también de gordita, porque dice “tengo que comer para dos”, tú sabes que en aquellos tiempos. No por dinero, a su sobrino era por ayudar a la hermana que no podía dar al niño cosas que eran leche de vaca ni esas cosas, tú sabes que en aquellos tiempos.*

(M22.U.77)

Una de las informantes incluso comenta que su propia madre ayudó con el pecho a varias vecinas, formando parte de lo que he definido como la “red de solidaridad de la lactancia materna”:

⁴⁰⁸ Yvonne Knibiehler, *op. cit.*, p. 366.

- *Sí, mi madre a la hija de una vecina que se murió de parto y también a otra vecina que el marido era muy pegón, era muy pegón el tío. Se fue a Francia, me acuerdo que se fue a Francia y cuando vino al otro día decía mi padre: “pues esta noche he sentido yo a la Patro llorar y chillar”, y tuvo a la niña antes de su tiempo, tuvo a la niña, y claro a ella la tuvieron que meter en el manicomio porque se volvió loca, la niña nació cuando mi Nati (su hermana pequeña), nació la chiquilla y estuvo dándole mi madre el pecho, que también se murió la chiquilla después porque no nació a su tiempo. (M1.R.65)*

Apreciamos en el testimonio de la informante saharauí que esta práctica se sigue dando hoy en día allí:

- *Durante la lactancia materna, si la madre no puede lactar al niño por diferentes motivos, se le pide a alguna vecina que esté en la misma situación, para que lacte a este niño, de esta forma se establece un lazo de hermandad. Esta práctica solo se realiza si es estrictamente necesaria. (M20.SAHARAUI.24)*

Por motivos de enfermedad o trabajo (entre otras causas) las mujeres se ayudaban las unas a las otras dando el “chupetoncillo”, como lo denomina M1, “el chupetoncillo para ayudar”. Se creaba de esta forma una red de ayuda entre mujeres, quizás con la idea de base de “hoy por ti y mañana por mí”.

- *Antes las personas mayores eran así, muchas veces se ayudaban o bien porque se iban al campo a trabajar y tenían los niños de la misma camailla y le daban el chupetoncillo pa' ayudar. (M1.R.65)*

Además, era habitual dar la leche materna hasta que los niños/as tenían varios años, entre otras cuestiones por razones económicas:

- *Pues yo recuerdo a mi Nati [su hermana] que tenía 4 o 5 años y todavía mamaba... estaba muy grande y muy gorda y claro, como la gente se metía con ella, le decían: “¡ay Nati!”. Y mi madre le decían “ven pa'l cuarto”, y allí mi madre le sacaba y allí venga a chupar, y chupar, no sé, antes mi madre y las personas mayores hacían eso.*

(M1.R.65)

c) *Pelargón*, leche de cabra y de burra

A finales del siglo XIX se produce en los entornos campesinos la doble revolución de la crianza infantil: el triunfo del biberón y el control médico. El uso del biberón transforma la relación entre mujeres y lactantes, no solo a nivel práctico, sino también simbólico: una mujer que da el pecho a su hijo/a pasa de ser una “vaca lechera” a una mamá tierna. Al mismo tiempo, el triunfo del biberón convierte el amamantamiento en exclusividad de la madre y, antes de que una extraña le dé el pecho al niño, le dará la madre un biberón⁴⁰⁹.

Según nos cuenta M1, en su juventud, aunque lo normal era dar la lactancia materna, también se utilizaban biberones, pero afirma que no tenían mucho alimento porque estaban hechos de “*leche gatuna*”.

- *Yo le daba el pecho, yo le daba el pecho, también había biberón entonces pero decían que tenía leche gatuna, la leche gatuna era leche que decían que no tenía alimento ninguno pero vamos que yo no, yo les daba el pecho. (M1.R.65)*

Pelargón fue la primera leche infantil disponible en España en pleno período de posguerra, producida por Nestlé a partir de 1944. Actualmente se asocia simbólicamente en el imaginario colectivo español con los tiempos posteriores a la Guerra Civil. La leche *Pelargón* está presente en el discurso de todas las entrevistadas mayores de 60 años.

- *Que los niños como mejor se criaban era con el pecho, yo se los di tres meses nada mas, después le daba Pelargón. (M11.R.84)*
- *“Había Pelargón, pero eso costaba mucho, y no tó el mundo podía, lo daba la gente con dinero” (M1.R.65)*

Una informante recuerda biberones con leche de burra:

⁴⁰⁹ *Ibidem.*

- *Cuando yo tuve hijos, yo ya daba biberones. Me acuerdo que en Villablanca daban leche de burra. (M3.R.82)*

Y otra con leche de cabra:

- *Y entonces creo yo que le daban leche de cabra porque decían que la leche de cabra se asemejaba mucho a la de la mujer... leche de cabra con una botella con una tetina (M7.R.60)*

Se aprecia sobre todo en las informantes que se les recomendaba que tuviesen cuidado con las comidas y las bebidas porque su alimentación repercutía en la que después recibía el bebe al que estaba amamantando.

- *Se decía que había que darle el pecho, que era lo más importante que se podía hacer, que era maravilloso, había que tener cuidado, que comieras muchas sardinas porque era muy buenas, y que comieras mucho, mucho, porque el niño comía de lo que tú comías y que así se ponía gordo, si no comías el niño no comía... después aparecían los niños obesos...y la madre obesa. (M7.R.60)*
- *Se dice mucho también lo de la cervecita sin alcohol y las sardinitas (M9.U.37)*

Es curiosa la creencia de no poder comer remolachas porque la leche salía de color de fresa que nos comenta una informante:

- *Lo típico de que no puede comer espárragos, que no se puede comer remolachas, que decían que salía la leche de color de fresa, ¿no? (M6.R.46)*

Tampoco comidas fuertes y ácidas porque podían repercutir negativamente en el lactante:

- *No tomar fruta ácida, porque tiene el niño retortijones (M19.RUMANA.35)*

Y recibían muchos consejos sobre alimentos concretos que ayudaban a conseguir más leche:

- *Dar el pecho, consejo, comer nueces, eso muy bueno para cuando muy poco leche, dice que comer cerveza calentita con leche, con leche. Eso para, para que más... tienes que tener más leche de pecho. Eso se dice, y yo usaba algunas sí, porque no tenía nada, no tenía y niña mía estaba muy nerviosa y quería comer. (M17.UCRANIANA.55)*
- *Lavar el pecho antes de la lactancia, entre otras técnicas. (M20. SAHARAUI.24)*
- *Yo he escuchado que se te agria con algo, pero no me acuerdo con qué. (M7.G2.U.22)*

d) Agua sí o agua no durante la lactancia

- *Cuando empiezas a darle de mamar al niño te entra una sed horrorosa, la lengua seca, seca, seca y yo me sentaba a darle de mamar al niño con un vaso en la mesa y mi madre - ¡Por Dios, que se te aboga la leche, que se te aboga la leche!, y yo ¡mamá, por Dios, que eso no es verdad, que yo tengo mucha sed y necesito beber porque es líquido que está saliendo de mi cuerpo! Pero mi madre decía eso; además yo no sé lo que le entraba a esa mujer cada vez que me veía beber un vaso de agua dando de mamar, “que se te aboga la leche”, me decía (risas). (M9.U.37)*

Una superstición rumana relaciona la lactancia materna y los ríos:

- *Hasta que no bautizas el niño tampoco es bueno pasar por encima de un puente que por debajo hay un río, que se te pierde la leche. (M19.RUMANA.35)*

5.4.1.2. Miedos

Los miedos relacionados con la lactancia materna están muy arraigados y con una gran fuerza en varias de las mujeres entrevistadas y no han dejado de estar presentes durante toda su vida. Los miedos recogidos en la investigación se relacionan con animales, y particularmente con las culebras.

a) El miedo a la “bicha que mama”

Las informantes que refieren este miedo lo viven de una forma muy real, pareciendo totalmente cierto e incluso refieren a familiares directos (madres, abuelas) que les ha pasado. Era como si realmente lo hubiesen vivido, y aunque reconocen que no les había pasado directamente a ellas, sí pudiera haberle pasado a familiares o conocidos.

- *Antes, lo que pasaba era que en los cortijos había bichas que le mamaban a la madre y le ponían el rabo en la boca al niño y los niños chupaban de eso y se morían los niños, se le ponía la boca negra y se morían. (M1.R.65)*

El episodio que nos narra es muy desagradable, una “bicha”⁴¹⁰ que, por la noche, mientras la madre duerme con los niños/as en la choza, acude al olor de la leche de la madre. Se enganchaba al pezón de la madre para mamar la leche engañándola porque ella cree que el que está mamando es el bebé. Mientras tanto la “bicha” le pone al bebé la punta del rabo en la boca para que no lllore (estilo chupe). A los niños, después de chupar del rabo de la bicha, se les ponía la boca negra y se ponían muy enfermos, llegando incluso a morir. En otros testimonios recogidos, el niño/a, al chupar la punta del rabo de la culebra se “volvía loco”. A la mañana siguiente, cuando despertaban, la madre aparecía con el pecho que había mamado la bicha vacío y flácido y el niño/a con la boca negra y enfermo, loco o muerto según el caso.

- *Sí, en los cortijos y en lo que no eran cortijos, le daba el olor de la leche de la madre pero es que antes no era por no levantarse, es que no había como hoy hay cunas, y entonces se dormían al lado de la madre, no había cunas, no había las comodidades y entonces tós los niños chicos pues se acostaban con ella se le metían entre los brazos, no había cama, la cama echa de palos y venía la bicha y le mamaba a la madre y le ponía el rabo en la boca al niño. Lo sabían porque después la bicha como iba andando pues dejaba la marca en el*

⁴¹⁰ Se utiliza la expresión “bicha” entre personas supersticiosas porque creen de mal agüero el pronunciar su nombre, “culebra”. En el *Diccionario de Lengua Española* (2001) se define a la culebra como: “Reptil ofidio sin pies, de cuerpo aproximadamente cilíndrico y muy largo respecto de su grueso; cabeza aplanada, boca grande y piel pintada simétricamente con colores diversos, escamosa, y cuya parte externa o epidermis muda por completo el animal de tiempo en tiempo. Hay muchas especies, diversas en tamaño, coloración y costumbres”.

suelo. La madre se daba cuenta después porque no tenía leche, y el niño lo pasaba mal. De la bicha sí me acuerdo yo, ya no se da tanto, se ve la bicha pero no se da tanto.

(M1.R.65)

Llama la atención, en primer lugar, el episodio de “la bicha” y, en segundo lugar, cómo M1 defiende a las madres. Es decir, sostiene que las madres “no es que no quisieran poner al niño en cunas para no levantarse”, como ella indica; se debe a que dormían en las chozas en camastros de palos a ras del suelo y los niños pequeños dormían con las madres. Si se viera con los ojos de hoy en día se podría pensar que la madre duerme con el bebé lactante a su lado para no levantarse cuando quisiera mamar, pero esa no es la razón, como explica M1; todo lo contrario, se trataba de una estrategia de las mujeres ante la falta de medios y la escasez de recursos.

Este miedo nos lo refiere también una universitaria de 19 años:

- *Con las bichas y algo de que se bebían la leche de las madres. El pezón y la boca del niño se ponía negra por mamar. Mi abuela dice que a ella se le acercó la bicha.* **(M23.U.19)**

Y también aparece en el grupo de discusión 1:

- *Con respecto a la lactancia materna yo había escuchado que los niños se quedaban deficientes cuando amamantaban a una serpiente, en las casas antiguas rurales entraban las serpientes, cuando la madre amamantaba al crío, la serpiente lo olía, la leche y amamantaba a la serpiente, cuando volvía a amamantar al niño perdía la razón, se volvía loco.* **(M7.G1.U.51)**

Ante la perplejidad que causa la historia y las dudas que surgieron sobre su verosimilitud ante la sinceridad de los testimonios, se buscó documentación al respecto sobre reptiles y lactancia. Aunque parezca increíble, esta historia de “la bicha que mama” ha estado muy presente no solo en los municipios estudiados, sino en gran parte del medio rural español y también latinoamericano y, como se detalla a continuación, todavía sigue estando vigente.

Este miedo parece provenir de la creencia de agricultores y pastores de que las culebras maman de las ubres de vacas y ovejas, deduciendo de ahí su gusto por la leche,

y que, por tanto, también acudirían al olor de la leche materna. Pero, ¿podría ser posible esta historia? Tal aseveración es completamente falsa, porque para poder mamar los mamíferos tenemos lengua y labios musculosos que se adaptan al pezón o ubre y, por el contrario, la lengua de las serpientes es delgada y bífida y sus labios rígidos, por lo que no pueden adaptar la lengua para mamar. Además las serpientes poseen unos dientes pequeños, agudos y fijos, que lastimarían el pezón de la madre. Por otra parte, únicamente los mamíferos disponemos de una enzima, la lactasa, que sirve para digerir la leche. Los reptiles no producen lactasa y por lo tanto, no pueden digerir ningún producto lácteo.

Al ser biológicamente imposible la idea de “las bichas que maman”, ¿qué explicación tiene su relación con la lactancia materna? Para empezar tendríamos que partir de su relación con el ganado, ya que de esta seguramente pasaría a las mujeres. Partimos de la idea que al pasar el ganado (vacas o cabras), e incluso al estar pastando, pisarían sin querer culebras que estuvieran escondidas en la maleza, ante lo cual las culebras las atacarían en la parte más baja de la anatomía de estos animales, las ubres, únicamente con la intención de defenderse. Al encargado de los animales, al observar la reacción de los reptiles a cierta distancia, le podía dar la impresión de que estaban mamando, o de que se querían acercar a las ubres con ese propósito, objetivo totalmente imposible.

Y con respecto a las mujeres ¿cuál podría ser la razón de la historia de la bicha que mama mientras le mete al bebé su rabo en la boca? La razón podría ser intentar convencer a la mujer de que tuviera miedo de que entrara la bicha y que, por ello, cerrara el hogar muy bien por las noches (puertas, ventanas...), con lo que así mejoraría la seguridad del mismo y se evitaría que entraran otras personas o animales para atacar a la familia mientras dormía. Además, ante el miedo de que viniese una culebra a mamarle, la mujer con un lactante no dormiría tranquila, y estaría muy pendiente en toda la noche de que no hubiese una “bicha” rondando alrededor de su bebé, lo que haría que estuviese más alerta y que, indirectamente, vigilara al bebé de posibles peligros como asfixias, frío, etc., vigilando también la muerte súbita del lactante.

Destacamos cómo estos dos miedos de las mujeres relacionadas con su salud reproductiva, los lagartos relacionados con la menstruación y las bichas o culebras con la lactancia materna, están también reflejadas en el lenguaje popular en expresiones de uso, ya que la interjección “¡lagarto, lagarto!” es utilizada por las gentes supersticiosas

cuando alguien nombra la culebra y, en general, para ahuyentar la mala suerte⁴¹¹.

- *Yo lo que he escuchado del lagarto es lo que se dice de “lagarto, lagarto” y también lo de jabón lagarto. (M3.R.82)*

5.5. MENOPAUSIA

Es interesante destacar los diferentes discursos que dan las informantes según vean la menopausia como todavía algo lejano, estén justamente en la etapa de transición o que ya la hayan pasado. En este sentido, las mujeres más jóvenes son las que más cargas negativas y prejuicios tienen con respecto a la menopausia, y menos las mujeres que ya la han pasado, las cuales en la mayoría de las ocasiones lo viven como algo natural e incluso como la mejor etapa de su vida, por haberse librado de la menstruación.

En el caso de las mujeres que están en la etapa donde se produce el cambio, se descubre en muchas de ellas temor y ansiedad por los síntomas y consecuencias de las que se habla, debido en parte a la falta de información o incluso a creencias erróneas. Y como en las demás etapas del ciclo vital de las mujeres estudiadas, la menopausia también está llena de miedos y creencias erróneas que van a repercutir en las actitudes de las mujeres frente a este hecho fisiológico.

5.5.1. Un rito de paso: hacerse “vieja”

Se descubre en gran parte de los testimonios la idea de hacerse vieja al llegar la menopausia. Igual que con la menarquia la niña se hacía “mujer”, con la menopausia la mujer se convierte en una “vieja”, con las connotaciones negativas de que se rodea a esa palabra en nuestra cultura. Muy relacionado con el concepto de edadismo de Anna Freixas, el cual se basa en “la evidencia de que existe un prejuicio cultural hacia las personas que son mayores, por el solo hecho de serlo [...] que incluye todas las conductas, sentimientos y actitudes de rechazo o desagrado que mostramos hacia las

⁴¹¹ *Real Diccionario de la Lengua Española*, 2001.

personas de cualquier sexo que no son jóvenes”⁴¹². Aunque como indica esta psicóloga, tales prejuicios suelen estar más acentuados en las mujeres que en los hombres, porque en nuestra cultura occidental no es lo mismo envejecer siendo hombre que siendo mujer.

- *Sí, de la menopausia que la mujer, lo de las calores. He escuchado también eso, que ya las mujeres no sirven para nada, que ya me estoy poniendo mayor, eso sí lo he escuchado bastante; que ya eso, que se está poniendo vieja, que no..., no sirve para nada.*

(M16.R.23)

- *Muchas personas piensan que es hacerse vieja, pero yo creo que es una etapa más.*

(M8.U.46)

Y directamente relacionada con la idea anterior de vejez, está la opinión de que conlleva falta de atractivo sexual:

- *Sí, era como que ya había pasado una parte de su vida y estaba ya en otra digamos más mayor y que ya no tenía la misma... Como que perdía sexualidad. (M6.R.46)*

Se plantea que estas formas de ver la menopausia de forma tan distinta pueden ser debidas a la fuerte carga negativa que hay en nuestra sociedad al hacerse mayor, al edadismo según la define la profesora Anna Freixas y al culto a la belleza.

El diseño cultural de la menopausia como un hecho deprimente y vergonzante que debe ser ocultado refleja la idea social de que la identidad central de la mujer reside en la reproducción, en su fertilidad y, por tanto, en objeto para satisfacción sexual del varón, ideas negativas que “sostienen una consideración del ser mujer ligada exclusivamente a la potencialidad de la maternidad y el cumplimiento de determinados roles sociales. Estos planteamientos han sido sostenidos a lo largo del tiempo básicamente por algunos varones y también desde determinadas posiciones psicoanalistas”.⁴¹³

⁴¹² Clara Coria, Anna Freixas, Susana Covas. *Los cambios en la vida de las mujeres. Temores, mitos y estrategias*. Paidós; Barcelona: 2005. p. 74.

⁴¹³ Anna Freixas. *Nuestra menopausia. Una versión no oficial. op.ci.*, p. 35.

Las chicas jóvenes que no la han vivido y que ven la menopausia como algo lejano en ellas mismas, tienen estas cargas imbuidas. Las que ya la han pasado ven que no es para tanto y que siguen igual en su vida profesional, laboral, familiar, o incluso mejor que antes.

- *Pero, vamos, que antes una mujer con cuarenta años era una mujer mucho más mayor. Yo me acuerdo las mujeres, cuando chica veía una mujer con treinta y cinco años y es que estaba con su permanente así echada, su gambito de cuadritos blancos y negros, y todas vestían iguales y todas iban peinadas iguales (se ríe). Y yo las veía mayor mayor, y digo yo ahora treinta y cinco años que es muy joven. (M6.R.46)*

- *En el tema de la menopausia estoy en ella y la llevo bien. No he tenido todavía temas de sofocos, lo que sí está más unida a lo que es existencial... a la edad, al hecho del transcurso de la vida, que nos estamos inclinando en la balanza más hacia un lado que a otro. (M5.G1.U.52)*

Los mitos relacionados con la menopausia son muy amplios y se presentan como las antípodas del ideal de mujer joven y bella del ideario colectivo. Zita⁴¹⁴ describe tres estrategias retóricas en relación con la menopausia:

- Esencialismo biológico: la menopausia como la pérdida de la verdadera feminidad.
- Reduccionismo científico: la menopausia como un estado de disfunción o sin función.
- Valoración feminista: la menopausia como un acontecimiento natural de la vida.

Las dos primeras enfocan la menopausia como “una situación en el cuerpo, causada por una disfunción interna” y como tal interpretan la misma como algo negativo, universal, vinculado al sexo y “desvinculado del contexto cultural, histórico y social”. En el esencialismo biológico, la mujer es su biología y está determinada por esta. La menopausia se percibe como una enfermedad de deficiencia de estrógenos, una desviación de las normas de la “verdadera feminidad” y como “una anomalía” en la

⁴¹⁴ Zita, J.N. “Heresy in the female body: the rhetoric of menopause” En: Callaghan J. *Menopause. A midlife Passage*, Bloomington e Indianapolis, Indiana University Press, pp. 36-58.

ontología del género que requiere intervención médica y convierte a la mujer en algo neutro, en no-mujer.⁴¹⁵

- *De la menopausia he escuchado un montón de cosas pero bueno, ya en esta época que tenemos más información, ya no es todo tan tabú, ya... y bueno, sí se escuchan cosas pero no barbaridades como antes, ¿no? Le dan depresiones porque el cuerpo ya no funciona como cuando joven, ¿tú no ves que después de los treinta ya vamos para abajo? Pero eso son cosas... médicas, como si fuera... que se ponen tristes porque el cuerpo funciona bien ya.*

(M9.RUMANA.35)

En los modelos reduccionistas científicos, la menopausia es una desviación de las normas de salud y buen funcionamiento interno (más que el género *per se*) y una vez más es descrito como un estado disfuncional que requiere intervención médica, generalmente la Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) y el conocimiento y la autoridad médica⁴¹⁶

5.5.2. Poderes sobrenaturales

En las creencias populares, el periodo después de la menopausia vuelve extremadamente peligrosa a la mujer, pues las superfluidades que no son eliminadas por la reglas, se transmiten a través de los ojos por la mirada⁴¹⁷. La literatura habla de mujeres ancianas, que debido a su mirada infectada, transmitían su veneno a los niños que estaban en la cuna. Una de las informantes se ha referido a este hecho como “mal de ojo”.

- *El mal de ojos no es mal cuerpo, dicen que con el mal de ojos te puedes, te puedes... morir. A mi Pepe se lo echaron una vez pero tal como se lo echaron se lo quitaron. Yo vivía en el tejedor y había nacido esta y cuando nació mi Pepe nació con 4,700 y claro, ella estaba haciendo punto porque había estado de monja, pero se salió de monja y yo pasaba y me decía –“Hola ¿qué has tenido?” “Pues un niño”, “¿A vé que lo vea!”, -“Claro” y*

⁴¹⁵ *Ibidem.*

⁴¹⁶ Sue Wilkinson, Celia Kitzinger. *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 1996. p. 156.

⁴¹⁷ Claude Thomasset. “La naturaleza de la mujer”. *op.cit.*, p. 100.

lo destapé y me dijo – “¡uy cómo está!”. Y esta que había estado malita y eso y me decía – “¡Mira antes una niña y ahora un niño!”, y yo - “sí”, y le pegó una guantá y se lió el niño a llorar y me dijo: “¡hija, no he tenido más remedio!”, me dijo a mí ella, no me dijo ná más, ni yo he echado un mal de ojos ni ná, y claro, le digo yo a mi cuñada Josefa: “¡Josefa, mira lo que me ha pasado con Sole!”. Se llamaba Soledad la mujer y dice: “¿tú sabes que ésa sabe echar mal de ojos?” “Yo que sé, a mí no me ha dicho ná”. Y mi cuñá que la vio en una tienda le dijo “¡Sole, otro día se dá usted la guantá abí”, y le dijo: “¡Josefa hija, si es que no he tenido más remedio porque si no lo pongo malito!”. Y dice mi cuñá: “¿Otro día no, eh?”. Pero vamos, que le arreó una buena guantailla, y el pobre diría: “esto, ¿a qué viene ahora esto?”. Era chico, tenía meses. (M1.R.65)

El mal de ojo, o aojamiento, es un fenómeno supersticioso en el que, como su nombre indica, se produce un mal a una persona a través de la mirada. De esta persona afectada se dice que “está ojeada”, o que “le echaron mal de ojo”, o “el ojo encima”. Este no debe confundirse con otras manifestaciones mágico-supersticiosas, como los hechizos, el vudú o las maldiciones. Los síntomas del aojamiento en la cultura popular son los de un cansancio, adormecimiento o pesadez, que termina enfermado gravemente a su víctima.

El mal de ojo, como proceso, puede venir dado de manera voluntaria o involuntaria, y es, según la creencia popular, efecto de la envidia o admiración del “emisor”, que a través de su mirada (ya sea directa, en símbolo o incluso mental) provoca un mal en el envidiado/admirado.

Según la informante, le echaron el mal de ojo a su bebé porque era muy hermoso, como ella nos comenta:

- *Era mío morenillo, era un pepón. Pero esta gente todos, aquella nació también con 4,600 pero era mío larga, pero el Pepe es que era mío grande y un pepón, las orejillas mío chiquititas y esto (barbilla) lo tenía enterraíto. Ella se salió de monja, se casó y tenía 3 hijos, tenía 2 varones y una hembra. (M1.R.65)*

Se lo echaron por admiración y de manera involuntaria y tal y como se lo echaron se lo quitaron. Fue darle una bofetada lo que hizo que el niño lo expulsara al llorar:

- *Le pegó una guantá y se lió el niño a llorar y me dijo: “¡hija, no he tenido más remedio!”, Le pegó una guantá pá hacerlo llorar y así le sacaba lo que le había metido. Al llorar el niño fue como si saliera. La mujer echaba el mal de ojo pero tal y como lo echaba lo quitaba. Ella dice que no le echaba cuenta, ella dice que no quería echártelo. Pero vamos, que dicen que eso es verdad, que lo hay. Dice que ella lo vio y...diría ella pues se lo he echao y...a mí no me dijo ná pero a mi cuñá sí. Porque claro, yo se lo dije a mi cuñá el mismo día porque iba pá casa de mis suegros y me la encontré [a la que echaba el mal de ojos] en la puerta, que estaba haciendo un punto mú bonito y me dijo: “¡mira, pá mis nietos! (M1.R.65)*

Las mujeres postmenopáusicas, como se ha señalado anteriormente, eran las que tenían la capacidad para echar mal de ojo. Si además eran pobres, y con una mala alimentación y difícil de digerir, eran más peligrosas y nocivas todavía⁴¹⁸. Esta explicación pseudocientífica excluye y mantiene así, prudentemente a distancia, a buena parte de la sociedad. Sin embargo, este mecanismo fisiológico es válido para todas las mujeres una vez que han perdido su función en la sociedad, a saber, la capacidad de engendrar, así como sus atractivos físicos. De tal manera la mujer está tan acostumbrada al veneno que ella misma acabará inmunizada contra el mismo⁴¹⁹.

5.5.3. Tratamiento de la menopausia. Temor al cáncer

Otra de las ideas relacionadas con la menopausia, que está en el imaginario colectivo, es la que la relaciona con las hormonas. Las hormonas ocupan una posición poderosa en nuestro repertorio cultural de explicaciones de diferencia de género, y de conducta de “género apropiada”. La provisión de hormonas “a sustituir” las que se han “perdido” tras la menopausia, encarna la medicalización misma⁴²⁰. Como tal, está directamente relacionado con la construcción social de género y de conducta apropiada.

- *La menopausia es una época en la que ya empiezas con trastornos, con sofocos, te pones de forma más irregular... hasta que ya te ponen un tratamiento. Pero hay quien dice que es cancerígeno. Yo iré para que me pongan un tratamiento y también para que me informen.*

⁴¹⁸ *Ibidem.*

⁴¹⁹ *Ibidem.*

⁴²⁰ Sue Wilkinson, Celia Kitzinger. *Mujer y salud. Una perspectiva feminista. op.cit.*, p. 156.

Mi madre lo que decía es que le entraba mucho calor y que se tiraba al suelo de lo que le entraba... y problemas de sequedad vaginal pero que hoy en día se resuelve. Las proteínas de la leche, las isoflavonas de soja, que dicen que las orientales lo toman y que no tienen tantos sofocos y que eso... que el tratamiento hormonal es cancerígeno. (M8.U.46)

- *Me han dicho que la alimentación con algas es muy buena para la menopausia. ¿Los parches son buenos o no? A mí me han dicho que son cancerígenos, y la soja ahora dicen que no son buenas. (M2.G1.R.44)*

Como tales creencias están llenas de ideas de esencialismo biológico, relevancia de la edad y suposiciones que alimentan el sexismo, la imagen de la menopausia como “síndrome de deficiencia de estrógenos” y las imágenes de la feminidad que se invocan para promover su uso tienen implicaciones para las mujeres de todas las edades⁴²¹.

A continuación se expone un testimonio relacionado con una menopausia artificial a consecuencia de una histerectomía, a lo que la informante se refiere con la expresión muy utilizada de “dejar hueca”.

- *Sí, mucha gente va al médico, otras no; por ejemplo mi madre no fue, pero que tampoco lo paso muy mal, los calores y eso pero ya está; pero hay mucha gente que coge depresión, es según también... Hay gente que sí que se lo toma como si le faltara algo, y las hormonas a lo mejor están diferentes. Por ejemplo mi prima que tiene 34 o 35 años esta “hueca” también, la operaron hace 2 años o 2 años y pico y se tiene que poner parches y tomar cosas, porque claro eso ya no te viene ¿no? El periodo no te viene, pero el cuerpo, las hormonas siguen trabajando por eso se tiene que poner unos parches, que hacen la función de que te está bajando la regla. (M2.R.31)*

La forma en que el cuerpo de las mujeres fue estudiado, analizado y definido por los ginecólogos durante la primera mitad del siglo XX revela, según Esther Castaño-López⁴²², muchas cuestiones acerca del androcentrismo originario de la ciencia médica. Según esta autora, la afirmación anterior se demuestra por la prescripción de fármacos psicótrpos a mujeres, en la mayoría de los casos para la “enfermedad que no tiene

⁴²¹ *Ibidem.*

⁴²² Esther Castaño-López. “Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005)”. *op.cit.*, p.713.

nombre”, esto es, la medicalización de ciclos vitales, como la menopausia, y el malestar emocional de las mujeres.

- *Es que es como algo psicológico, como si se fuese cerrando una etapa y entras en otra. Yo no he tenido muchos problemas físicos, los calores sobre todo y el cuidar mucho lo que como para no engordar, pero sí que me da pena, me siento como más vieja, y eso que por fuera estoy estupendamente. (M2G3.U.52)*

En la investigación hemos encontrado diferencias en cuanto a la forma de vivir la menopausia y el periodo de la postmenopausia entre las mujeres jóvenes y las mayores. En este sentido observamos en el discurso de las mujeres jóvenes cómo asocian la menopausia con ir al médico/a, e incluso al psicólogo/a, porque puedes “caer en depresión”, debido seguramente a que la mayoría de mujeres de su entorno lo hace:

- *Con la menopausia te dan pastillas, y a algunas las mandan al psicólogo porque cogen depresión, ya pá que te desabogues, a lo mejor pá que tu marío no te escuche. Te mandan a que te vayas a andar camino el río, y se las ve a todas con el chándal andando. (M2.R.31)*

Es muy distinto el discurso de las mujeres mayores, que vivieron la menopausia como algo natural, en la que quizás el único signo, aparte del cese de la menstruación, eran los “calores”, que combatían con un abanico o un trozo de cartón.

- *No me he puesto mala y ya está. Cogías un cartón, te abanicabas y ya está. (M1.R.65)*

A pesar de la fuerte campaña que laboratorios y clase médica llevan a cabo para medicalizar la menopausia, cargándola de numerosos temores, las mujeres que ya lo han vivido y que han pasado por ahí, la definen incluso como experiencia liberadora.

- *Verás tú, que eso es un tiempo en el que el cuerpo se va adaptando, igual cuando te desarrollas. Antes, a lo mejor era un tema tabú, pero hoy en día todo el mundo lo dice, ¡pues estoy con la menopausia!, además cuando llegas a cierta edad y te entran las*

calores todo el mundo se lo imagina. (M5.R.32)

Aunque la búsqueda de las hormonas “masculinas” y “femeninas” se remonta a principios del siglo XX, la “promesa” por parte de la terapia hormonal sustitutiva (THS) de escapar de los síntomas y consecuencias de la menopausia, empezó a difundirse a nivel popular y profesional en los años sesenta⁴²³. En 1950, Marie Stopes afirmó lo siguiente:

“Aunque la limitada definición de *menopausia* no parece ser muy problemática, hay ambigüedad incluso en esto, especialmente desde que los últimos avances han facilitado la maternidad tras la menopausia”⁴²⁴.

5.5.4. Principales signos externos

El trabajo intercultural refuerza la falacia de un “síndrome menopáusic” universal. Aparentemente, hay pocas culturas en el mundo en las que se contemple un cambio de conducta, aunque sí hay otras que hablan de “retirada de la conducta social”, “mayor libertad y privilegios” y el conseguir “poderes sobrenaturales y sociales específicos”. Sin embargo, estas observaciones se basan en los estudios en los que la menopausia raramente fue el centro de investigación, reflejado en la tradición antropológica clásica en las que a las mujeres se las contemplaba bajo la influencia de los sistemas de percepción masculinos dominantes⁴²⁵. En este sentido, las mujeres han representado un “grupo mudo” y la escasez de datos en muchos aspectos de su vida y experiencias, solo ha empezado a tenerse en cuenta en los últimos veinte años.

a) Los calores

➤ *Se retira la regla con una cierta edad, los calores. (M9.U.37)*

➤ *Sofocos, calores y llantos. (M24.U.21)*

⁴²³ Sue Wilkinson, Celia Kitzinger. *Mujer y salud. Una perspectiva feminista. op.cit.*, p.163.

⁴²⁴ *Ibid.*, p. 164.

⁴²⁵ *Ibid.*, p. 165.

- *Sobre todo los calores y los sofocos. (M5.G2.R.19)*
- *Una amiga mía está ahora en el proceso y dice que por las noches le entran muchas calores, se asfixia, y tiene que poner el aire acondicionado en pleno invierno. (M1.G2.R.19)*

b) Engordar

- *Se ponen gordas. (M2.G2.R.19)*
- *Yo lo único que digo es que la actitud nuestra ante la menopausia tiene que ser una actitud de belleza ante la vida, con sus cambios, con sus achaques, tengo que comer menos y ponerme más a régimen. (M4.G1.U.52)*
- *Mi madre se puso con una ansiedad tremenda, era muy delgada y se puso muy gorda. Yo no tenía ni idea de lo que era eso, escuchaba yo a mi madre decir que con el desarreglo se ha quedado embarazada... Esos eran los “desarreglos” de la mujer, la retirada del periodo. La palabra menopausia apareció después, igual que la de pitopausia o estrés. Mi madre le llamaba “desarreglos”, menopausia no. Era algo natural. Hoy se le da mucha importancia a la alimentación, a los cuidados; antes no. Mi madre tenía una osteoporosis galopante, se partían mucho las caderas porque tenían poco aporte de calcio. Ahora están muy controlados, vas al médico, te hacen tus controles de calcio, mamografía, citología... estamos muy controladas. Yo tomo unas pastillas de calcio que me va muy bien. Ando mucho y hago ejercicio. Tomo yogur de soja, ensaladas, cebolla. (M7.R.60)*

c) Menopausia y depresión. Cambios del estado de ánimo

- *Lo de la menopausia lo que había oído era que no sé quién tenía la menopausia y está con depresión. O sea, para mí, menopausia, depresión e incluso “Uh, qué está con la menopausia un poco loca”, ya está. Pero no, no..., ni sabía lo que era ni remedios tampoco había oído nada, era un poco como “está en época depresiva”, pero un poco como de abandono, es quizás la imagen que tengo un poco de la menopausia, no tratado como al revés, iba un poco como de abandono, de está con la menopausia. (M13.R.40)*

- *La tata les decía a mis hermanos ¡Buscáros novias delgadas y limpias, que gordas y guarras nos volvemos todas!* (M2.G3.U.52)

Otro ejemplo con consecuencias negativas para la salud de las mujeres es el uso generalizado, durante largo tiempo, de la terapia hormonal sustitutiva en mujeres tras la menopausia sin evidencias suficientes sobre los riesgos y los beneficios que podían obtenerse del tratamiento:

“Las investigaciones realizadas en los últimos años muestran que los estrógenos no protegen de las enfermedades coronarias como se creyó en un principio y pueden incrementar el riesgo de padecerlas cuando se utilizan como prevención secundaria en mujeres con enfermedad coronaria establecida. Si bien es cierto que los estrógenos protegen a estas mujeres de las fracturas osteoporóticas y del cáncer colorrectal, son factor de riesgo para las ya citadas enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y los episodios tromboembólicos (que fueron más frecuentes durante el primer años de uso), el cáncer de mama (cuando se han tomado durante cinco años o más) y la colecistitis que está igualmente relacionada con la duración del tratamiento”⁴²⁶.

Para la profesora Anna Freixas es necesaria una nueva conceptualización de la menopausia, como coyuntura en la que confluyen importantes variables de carácter psicológico, social, cultural y filosófico, que ayude a explicar y a configurar más acertadamente la experiencia de las mujeres⁴²⁷. Difundir un nuevo modo de entenderla pondrá más tranquilidad en la vivencia de un proceso biológico cargado de normalidad:

- *Yo me acepto, pero me está costando.* (M6.G1.R.47)

d) Afecta a los huesos

⁴²⁶ Carme Valls-Llobet, Julia Ojuel Solsona, Margarita López Carrillo. “Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres”. *op.cit.*, p. 8.

⁴²⁷ Anna Freixas. “Autopercepción del proceso de envejecimiento en la mujer entre 50 y 60 años”. *Anuario de Psicología* 1991; 50(30); 67-78.

- *Que te duelen mucho los huesos y pasas mucha calor. Yo por mi madre, no toma ningún medicamento, todo normal. (M23.U.19)*

- *Yo he tenido la regla hasta los cincuenta y tantos, como mi madre, a mí se me retiró con 52 años, después de tener el Víctor 7 años. Lo único que me decían los médicos era que con lo que yo estaba de los huesos, que me veían los médicos de, que yo ya estaba con los huesos fatal, dice “a usted el día que se le retire la regla, Dios quiera que se le retire tarde, porque va a ser... su destino va a ser en un carrito de ruedas”. Y yo me está saliendo, vamos, que me voy a tener que mover en un carrito de ruedas no, pero que no voy a poder salir, y las manos inválidas y los pies y todo. Que eso era una defensa que tenía mi cuerpo, dice “en el momento en el que se retire, lo de los huesos”. Porque yo decía “mire usted, yo, con la edad que tengo, la regla que tengo...” “Pues pídale a Dios que se retire tarde”. (M22.U.77)*

e) Todo “es normal”

Las mujeres más mayores la han vivido como algo natural, fisiológico, sin darle importancia en la mayoría de las ocasiones, muy plácidamente; incluso algunas que la han pasado, reflejan que la menopausia es la “mejor etapa de la vida” porque ya no tienen la carga de la menstruación ni el miedo a embarazos no deseados. Esta es una imagen distinta a la que se promueve actualmente como menopausia asociada a “déficit de estrógenos” y vejez. Las mujeres seguimos unidas a esas imágenes reduccionistas de “útero con patas”, y ahora también la de “estrógenos con tacones”.

- *De la menopausia no se decía nada, si te entraban calores era porque hacía calor. (M11.R.84)*

- *No se hablaba nada, eso sí que no, nada de la menopausia. (M22.U.77)*

- *Yo cuando se me retiró fue natural, cogía mi abanico, me abanicaba y ya está. No se hablaba de la menopausia ni nada. (M1.G3.R.82)*

Muchas mujeres de mediana edad, como reflejan los testimonios, la están afrontando viendo en ella una fuente de ansiedad y de descontrol hormonal en muchos

casos:

- *Es algo natural del cuerpo, bueno, deja de producir esas hormonas y lógicamente tiene una serie de cambios en el cuerpo, pero vamos que se vuelvan mayor, no. Simplemente que bueno, que esas hormonas las tiene en falta en el cuerpo y pues tendrá su falta pero vamos mayor con el tiempo cumpliendo años, ¿no? (M9.U.37)*
- *Todo se mezcla, y no se sabe cuándo termina una cosa y empieza la otra, pero es verdad que cuando empiezas a tener los trastornos hormonales es cuando te empiezas a plantear ese tipo de cuestiones psicológicas y ya no es lo que pase o no mañana. (M6.G1.R.47)*

Paradójicamente, las que peor visión tienen de la menopausia son las informantes más jóvenes, que son las que reflejan una visión más patológica y menos fisiológica de la misma, quizás, porque son las que más influenciadas están por la visión que se intenta dar hoy en día desde diversos medios como, por ejemplo, la asociación entre menopausia y déficit. Las referencias con respecto a la menopausia que indican son las de sus propias madres:

- *Mi madre tiene ahora con la menopausia muchos cambios de humor, de repente está bien, le dices una cosa y empieza a chillarte, y suda mucho. (M3.G2.U.22)*
- *Mi madre está así y tiene muchos sofocos y dolores en las articulaciones, le duelen los brazos, le dan calambres en las piernas, y eso de levantarse un día con la cara de enfado y al día siguiente estar bien y decirte que no le pasa nada. (M7.G2.U.22)*

Por todo este conjunto de subrayados las mujeres que están en el periodo premenopausico reflejan también miedo, llegando incluso a decir que se sienten en cierto aspecto “desatendidas” cuando en las consultas médicas les dicen que es normal, aunque estén medicalizadas.

- *En general yo creo que la menopausia esta hoy en día muy medicalizada y esto es fuente de problemas para muchas mujeres. Es como si hay que ir a la fuerza al médico cuando te pones con los trastornos para que te estudie. Pero si es algo natural. ¿Por qué tenemos que*

ir si se lleva bien? Se asocia a vejez y dejadez, y a ponerte el chándal y darte paseítos por el río y tomar mucho calcio. (M5.G3.R.35)

Son tantos los síntomas que se asignan a ese proceso que algunas mujeres sienten, que después cuesta entender por qué se habla de normalidad.

- *Si yo lo he consultado con mi medica y me dice ¡igual que yo!, pero como es normal, normal, por aquí he pasado yo... pues te sientes muy desatendida, lo único que te consuela es hablar con otras amigas que están pasando por lo mismo. (M6.G1.R.47)*

- *Yo nunca he estado embarazada con lo cual no sé el proceso que sufre el cuerpo; pero es que yo ahora me miro al espejo y digo ¿y esa barriga?, eso serían los cambios físicos, luego los mentales... estoy muy nerviosa, muy irascible... no aguanto nada, no duermes, duermes mal... hablas con gente y todo el mundo te dice que es normal... que es normal... y nadie te echa cuenta... porque como es normal... lo pasas medio que... bien, mal, medio mal... personalmente me está afectando mucho a mis relaciones, familiares, de pareja... tengo más complejos ahora que cuando era joven y tenía tetas y no quería que se me notaran. (M6.G1.R.47)*

- *La peor época de mi vida que yo he pasado han sido los embarazos... siendo tan deseados porque era tan difícil que yo me quedara embarazada, físicamente era de malestar... yo tuve dos embarazos y dos abortos... y yo me di cuenta una vez de que había abortado porque se me quitó la sensación de malestar... igual que es curioso, mi organismo tenía como un rechazo total... las dos fueron prematuras, las dos por cesárea, la mayor con placenta previa y con 41 de fiebre, fueron dos milagros como yo digo, ya después nacieron bien y sanas, pero yo de verdad, era una etapa muy mala, yo tuve a la primera con 26 años, con 30 a la segunda, muy joven, pero es que yo salía del embarazo y me encontraba con una cesárea, que ya era la segunda operación de una y la tercera de otra, hecha polvo y teniendo que afrontar un bebé, y yo para mí fue una época tremenda... yo he tenido una menopausia tan precoz, por la operación y con 36 años que yo digo que también el estado de ánimo que tú tengas ante el tema de la menopausia es fundamental... que tenemos cambios, pero los cambios que tenemos en el cuerpo son normales de nuestra edad, vamos a ver, ¡cómo me voy a comparar yo con mi hija que tiene 25 años y yo con 52!... imposible!*

son cambios pero es que nuestro ciclo vital va pasando, y lo tenemos nosotras y también lo tienen los hombres, porque nosotras tenemos unos cambios pero ellos también los tienen... se les cae el pelo, se vuelven más viejos, y les sale barriga y sobre todo de mentalidad son mucho más viejos que nosotras. (M4.G1.U.52)

Según un estudio del año 1991 de la profesora Anna Freixas⁴²⁸, la menopausia no se considera un hecho significativo en la vida de la mujer.

“Las personas de nuestra muestra manifiestan un desinterés notable por este tema y no le otorgan ningún valor significativo en sus vidas. Hemos considerado interesante observar la relación que parece existir entre una vivencia positiva o despreocupada de la menopausia y la satisfacción personal de la mujer. Así pues, las mujeres que trabajan fuera de casa y poseen una situación afectiva y emocional equilibrada tienen una opinión habitualmente más favorable de la menopausia y manifiestan no haber sufrido trastornos dignos de reseñar en este periodo”.

- *Para mí la etapa mejor la menopausia. Yo con 36 años me quedé ya sin ovarios y para mí fue cuando me recuperé que tardé unos dos años en recuperarme, mi etapa ideal. Tuve problemas en el sentido de los calores, de las cosas normales... pero yo no tengo una enfermedad como antes. Yo me casé muy jovencita, con 21 años, la menstruación con mis dolores; los embarazos que salieran bien... Por eso digo que mi etapa ideal es la menopausia: me quitó el problema de en medio con 36 años... yo de verdad... eso que dicen que con la menopausia te pones vieja y gorda pues yo no estoy ni vieja ni gorda. Yo por eso considero que la mejor etapa de mi vida ha sido ahora. (M4.G1.U.52)*

- *¡Qué barbaridad! La menopausia es una etapa más, que sí, que se pasa calor... pues te abanicas... que te pones más gorda... ¡pues a cuidar lo que comes! Yo lo estoy llevando bien... sin comeduras mentales y como algo natural, igual que vino se me va retirando y yo mejor, más libre. (M3.G3.U.48)*

⁴²⁸ Anna Freixas. “Autopercepción del proceso de envejecimiento en la mujer entre 50 y 6º años”. *op. cit.*

Si bien esta etapa suele coincidir con la segunda maternidad refiriéndose al hecho de tener que hacerse cargo de los familiares mayores.

➤ *Los mayores, esa es mi segunda maternidad, ¡yo estoy pariendo abuelas!* (M4.G1.U.52)

Resaltamos por los testimonios recogidos y tras su análisis e interpretación que hace falta hoy en día todavía mucha Educación para la Salud de las mujeres sanas, centrada en sus ciclos vitales. Entendemos la Educación para la Salud como el proceso que informa, que motiva y que ayuda a la población a adoptar y a mantener prácticas y estilos de vida saludables, que propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y que dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos. Sin embargo, hay que resaltar que la información que se proporcione con respecto a la salud tiene que ser de calidad, porque como se ha detectado, igual que han desaparecido en gran parte los miedos relacionados con los embarazos y partos (aunque lógicamente sigue existiendo el temor natural a que no termine bien y el feto sufra) están apareciendo nuevos temores con respecto a los ciclos vitales, de forma especialmente intensa en relación con la menopausia. Las mujeres más mayores la han vivido como algo natural, fisiológico, sin darle importancia en la mayoría de las ocasiones, y las de mediana edad, como reflejan los testimonios, la están afrontando viendo en ella una fuente de ansiedad y de descontrol hormonal en muchos casos. Paradójicamente, las que peor visión tienen de la menopausia son las informantes más jóvenes, que son las que reflejan una visión más patológica y menos fisiológica de la misma, quizás, porque son las que más influenciadas están por la visión que se intenta dar hoy en día desde diversos medios como la asociación entre menopausia y déficit. Asimismo, reflejan miedo también las mujeres que están en el periodo premenopáusico, llegando incluso a decir que se sienten en cierto aspecto “desatendidas” y que están medicalizadas. Las mujeres mayores la han vivido más plácidamente en la mayoría de las ocasiones, como algo natural, incluso algunas que la han pasado reflejan que la menopausia es la “mejor etapa de la vida” porque ya no tienen la carga de la menstruación ni el miedo a embarazos no deseados y por tanto ven la menopausia como una etapa de liberación. Esta es una imagen distinta a la que se promueve actualmente como menopausia asociada a “déficit de estrógenos” y vejez. Las mujeres seguimos unidas a esas imágenes reduccionistas de “útero con patas”, y ahora también a

la de “estrógenos con tacones”, por la relación de menopausia con déficit de estrógenos que hay que reponer.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se plantea como objetivo descubrir las creencias populares y las representaciones sociales de las mujeres con respecto a sus ciclos vitales y las implicaciones que las mismas han podido ocasionar en sus vidas. Para ello se han recogido y recopilado una serie de informaciones a partir de las entrevistas en profundidad efectuadas y de los grupos de discusión, que han permitido conocer la mentalidad que subyace en el conjunto de creencias y de tradiciones con las que han crecido las mujeres y que se han ido transmitiendo de generación en generación.

A continuación se exponen las conclusiones de la investigación que se ha desarrollado, de acuerdo con el proceso de análisis aplicado a las entrevistas y a los grupos de discusión.

- Los ciclos vitales de las mujeres han sido ignorados durante gran parte de la historia por la medicina. Este desconocimiento repercute en las mujeres que son las propias desconocedoras de sus cuerpos. Esta falta de información es fuente de miedos y de creencias erróneas, por tal razón los ciclos vitales de las mujeres han estado imbuidos de creencias negativas y falsas que se remontan incluso a la época romana y que llegan hasta nuestros días a través de la tradición oral sin

haber sufrido cambio alguno, tales como que impide germinar los cereales o que agria el mosto. Las creencias negativas y erróneas descubiertas originan miedos, los cuales se materializan en una extensa red de prohibiciones que implican estrategias en las mujeres con unos propósitos determinados.

- Muchas mujeres entrevistadas cuestionan las creencias que tradicionalmente han escuchado en sus casas, sin embargo, no las han abandonado completamente. Aquellas que las siguen creyendo rigurosamente y las practican ven limitadas sus vidas. Entre las mujeres más jóvenes, algunas consideran estas creencias ridículas, aun habiéndolas escuchado con frecuencia en casa. Para ellas son algo anecdótico y motivo de risa. Otras, por el contrario, las toman por ciertas y las ponen en práctica.
- La menarquia representa socialmente la “transformación en mujer” ya que a partir de ese momento el cuerpo es funcionalmente apto para tener hijos/as. Está cargada de una fuerte simbología que implica el paso de “niña a mujer”. Hoy en día se sigue utilizando la expresión “la niña ya es mujer” cuando experimenta la menarquia, siendo por tanto la fertilidad lo que marca el hecho de “ser mujer”, sin tener en cuenta la edad ni la madurez psicológica. Lo anterior coincide con lo dispuesto en el Código Civil español, donde la edad mínima para poder casarse es a los catorce años con el consentimiento paterno o autorización judicial, y en el Código Penal español, que fija en trece años la edad para el consentimiento sexual. Esto representa una herencia clara del patriarcado, ya que por ejemplo la votación del sistema político se reserva hasta la mayoría de edad, estableciéndose en los dieciocho años.
- Así mismo, la menarquia ha representado un tabú en la comunicación entre las madres y las hijas y hoy en día sigue existiendo como tal, aunque con menor intensidad que antaño. Informantes jóvenes refieren que existía tabú entre ellas y sus madres con respecto a la menarquia y algunas de ellas vivieron el hecho, por tanto, como algo traumático.
- La menarquia posee sus propias expresiones populares para aludir a ella de forma metafórica. Todas ellas coinciden en la idea de caerse de un sitio alto, principalmente partes de las casas, tanto exteriores (azoteas, tejados) como interiores (escaleras, soberaos). Asimismo también aparece la caída desde encima de algún animal, como los burros. De esta forma, el golpe originado por la caída

explicaría simbólicamente la sangre derivada de la menarquia, evitándose así nombrarla en público.

- Se ha observado que a mayor información de los padres, menor es el tabú de la menarquia y posteriormente de la menstruación. El abordaje del tema se hace de forma clara y natural cuando se conoce y se puede explicar con rigor, de hecho algunas informantes jóvenes refieren incluso al padre como figura que le ha explicado la menstruación, o incluso ambos progenitores. Este mismo grupo de edad señala la escuela como una fuente importante aunque insuficiente (en algunos caso la única si en sus casas existía el tabú) de educación y de información acerca de la salud sexual y reproductiva.
- La menstruación se nombra eufemísticamente. Las informantes más mayores usan la expresión “el periodo” mientras que las más jóvenes se refieren a “la regla”. La menstruación se vive como algo sucio y vergonzante en muchas familias. Lo anterior hace que se perciba como un tema tabú, originando una intensa falta de comunicación entre madres e hijas que todavía hoy sigue vigente, aunque con menor intensidad que en tiempos pasados. De los testimonios de las entrevistadas se desprende que todo lo relacionado con el ciclo vital de las mujeres antes suponía “temas tabú”, mientras que hoy en día se tratan con una mayor naturalidad.
- Es la menstruación el hecho fisiológico femenino que más creencias negativas y falsas ha originado y que, por tanto, más miedos y prohibiciones aún hoy articula. Las creencias negativas principales son que el agua es incompatible con la sangre menstrual, que la sangre menstrual es impura y tóxica y que son desechos que el organismo tiene que eliminar. Estas creencias erróneas originan una serie de miedos en las mujeres que va a motivar, a su vez, una extensa red de prohibiciones a las mujeres menstruantes con unos fines específicos.
- Las principales prohibiciones con respecto a la menstruación obtenidas en la investigación se refieren a la higiene y a la alimentación (diferenciándose nivel privado y nivel público). Las relacionadas con la higiene prohíben a las mujeres menstruantes el más mínimo contacto con el agua bajo riesgo de sufrir enfermedades (embolias, parálisis, demencias...). Estas prohibiciones pueden tener su origen en el necesario control del agua como recurso escaso en los territorios estudiados. Por otro lado, las relativas a la alimentación están íntimamente ligadas

con los medios de producción, teniendo como fin alejar a las mujeres de las decisiones de poder relacionadas con la producción (frutos, vinos, embutidos...). Por lo tanto, las citadas prohibiciones relacionadas con la menstruación constituían una forma de discriminación y de segregación social, política y religiosa, una forma de manipulación de la mujer cuyos fines principales en muchos casos eran económicos.

- Las creencias populares relacionadas con la menstruación han sido origen de fuertes desigualdades sociales y culturales entre hombres y mujeres. La diferencia biológica del ciclo menstrual se convierte de esta forma en una desigualdad social y cultural, ya que durante esos días las mujeres están sometidas a prohibiciones y exclusiones estratégicamente pensadas. A su vez, la desigualdad que supone la menstruación conlleva la discriminación de la mujer menstruante, prohibiéndosele participar en muchos actos y actividades tanto familiares como comunitarias.
- Actualmente los remedios naturales se usan de manera alternativa, principalmente para la dismenorrea. De igual forma, aún se utilizan la aplicación de calor local y las infusiones, apoyados con el uso de medicamentos, principalmente antiinflamatorios.
- Con respecto a los embarazos no se han recogido muchas creencias populares, debido a que es una etapa muy controlada y a que quizás no se vea tanto como algo misterioso, ni como un tema tabú. Sin embargo, en los discursos de las informantes más mayores se recoge que el embarazo se tenía oculto hasta la última fase del mismo.
- Relacionadas con el puerperio aparecen creencias erróneas y prohibiciones similares que a las referidas a la menstruación. Por ejemplo, se temía que el agua fuese nociva durante la “cuarentena”, por lo que se prohibían duchas y baños. En estas etapas es donde se observan más diferencias motivadas por la edad en los discursos de las informantes, debido principalmente al avance en los campos de la ginecología y obstetricia.
- El miedo relacionado con la “bicha que mama” durante la lactancia materna está relacionado con la seguridad del hogar y se explica como una manera de prevenir la muerte súbita del lactante, al obligar a la madre a estar vigilante del sueño de este.
- La menopausia aparece cargada de fuertes estereotipos de connotaciones

negativas, que en la mayoría de las ocasiones se asocian a la vejez, dejadez, deterioro. Así se desprende del testimonio de las mujeres más jóvenes y de las que aún no han llegado a esta etapa. Por el contrario, las más mayores y las que ya han pasado esta etapa lo refieren como algo natural y fisiológico, incluso como una experiencia liberadora.

- Se aprecia un gran cambio con respecto a las estrategias y recursos de las mujeres en la salud reproductiva en las diferentes generaciones. Por ejemplo, con respecto a la menstruación, los paños higiénicos dieron paso a las compresas y tampones, los partos hoy la mayoría se hacen en el ámbito hospitalario y, con respecto a la lactancia materna, la red de solidaridad en las mujeres más humildes o las nodrizas en las más pudientes desaparecieron con el triunfo del biberón. En las estrategias es donde más se ha notado la evolución generacional y donde se observan más diferencias en los discursos de las informantes de las diferentes edades.
- Se ha revelado siempre como un importante pilar de la colectividad, y no solo de la familia, la solidaridad de las mujeres de antaño, en lo que se ha definido en la investigación como “la red de solidaridad de lactancia materna”. Se materializaba en el hecho de dar de mamar a los hijos de otras mujeres “de la misma camaña” mientras estas trabajaban o estaban enfermas.
- Las mujeres objeto de nuestro estudio demuestran una gran fortaleza y son, y han sido, el pilar de sus familias. Ante los escasos recursos del medio en el que se desenvuelven sus vidas, organizaban sus estrategias por el bien de la familia, aunque ello supusiera sacrificios y esfuerzos enormes para ellas, como los que han contado. En este sentido, el rol de la mujer permanece inalterado: las mujeres siguen siendo las cuidadoras principales de la salud de la familia. Ellas, cumpliendo su papel de género de madres y cuidadoras, se ocupan de la salud de los miembros de sus familias, de la alimentación, la higiene personal y doméstica, del cuidado de los niños/as, discapacitados/as, ancianos/as y moribundos. Se trata de responsabilidades que no tienen un reconocimiento social ni económico al considerarse ajenos al sistema de producción de bienes y servicios.
- Las representaciones de las mujeres sobre sus ciclos vitales están cargadas de miedos y temores falsos. Cada una de las etapas estudiadas, menstruación, embarazo, parto, puerperio, lactancia materna, incluso la menopausia, están cargadas de temores irracionales que han existido y siguen existiendo debido a la

falta de conocimiento de la salud reproductiva de las mujeres. Todo ello ha influido en la calidad de la vida de las mismas, ya que vivían con temor desde que vivían la menarquia hasta la menopausia por obra de las creencias erróneas expuestas a lo largo de de la investigación. Aún hoy, muchas mujeres de todas las edades y de contextos tanto rurales como urbanos siguen estando sometidas a miedos y presiones falsas, como el caso de la “bicha que mama”, los “lagartos que atacan a la mujer con el periodo”, el “volverse loca” por ducharse durante la menstruación o durante el puerperio, o incluso la prohibición de no entrar en las bodegas durante “los días prohibidos”. Se ha comprobado que están desapareciendo algunos miedos, como los que desaconsejaban el agua durante el puerperio, que se mantienen muchos miedos relacionados con la menstruación, mientras que aparecen otros nuevos, que originan también confusión, como son los relacionados con la menopausia y la “pérdida de hormonas que hay que reponer”. Estos miedos no tienen un origen inocente, ya que poseen un matiz principalmente económico relacionado con el territorio y la producción.

- Hoy en día, sigue detectándose mucha ignorancia y falta de información, como se aprecia especialmente los testimonios relacionados con las prohibiciones que afectan a la menstruación. Aunque por un lado se aprecia la importancia del colegio en abordar estos temas en las informantes más jóvenes, por otro se observa que todavía muchas mujeres jóvenes siguen teniendo y perseverando en estas creencias erróneas. Estos temores se deben a la falta de información y al desconocimiento, ya que se detecta que a más información, menos miedos. Creemos fundamental, por tanto, modificar las conductas y las ideas negativas relacionadas con los ciclos vitales de las mujeres a través de programas específicos, para de esta forma contribuir, en algunos grupos *a posteriori*, a una buena promoción de la salud.
- El saber sobre sus propios cuerpos es un dispositivo de poder del que han carecido y siguen careciendo muchas mujeres con respecto a la salud sexual y reproductiva. Entendemos que la mencionada situación se produce debido a la falta de conocimiento de “sus propios cuerpos”, especialmente de sus ciclos vitales y a las fuertes connotaciones culturales que como se han expuesto en la investigación llevan asociados. Consideramos que se debería incidir en este aspecto y hacer a las mujeres las verdaderas protagonistas de su salud,

consiguiendo el “empoderamiento de las mujeres con respecto a su propia salud reproductiva”, ya que como todo conocimiento, es un dispositivo de poder del cual carecen y que es fundamental para el bienestar tanto de ellas como de sus familias y, por ende, de la colectividad.

- Es fundamental proporcionar educación sanitaria a ambos sexos relacionada con los ciclos vitales desde la preadolescencia, ya que a partir de la menarquia pueden darse ideas erróneas como las que se han descubierto en la investigación y pueden permanecer en la mente de las mujeres durante todo su ciclo vital y reproductivo. Se estima muy importante la modificación en sentido favorable de los conocimientos, habilidades y actitudes de la salud de las mujeres, ya que dicha modificación es un vehículo para el cambio de comportamientos. También en la menopausia se considera necesario proporcionar información sobre la misma en grupos de mujeres, como se ha demandado en el trabajo de campo, debido a la confusión que sienten sobre esta etapa; etapa cuya visión como déficit se está imponiendo cada vez más en lugar de tratarse como un proceso fisiológico y natural como reclaman las propias mujeres.
- Es por tanto necesario elaborar y difundir campañas tanto en colegios e institutos como en centros de salud con respecto a la menstruación y a la menopausia. Estas campañas de información deberían destinadas a los dos sexos, para eliminar las creencias erróneas y actitudes negativas hacia las mismas, elaboradas por equipos multidisciplinares de ginecólogos/as, matronas, enfermeros/as, psicólogos, antropólogos/as y pedagogos/as que incidan en la raíz de las creencias estudiadas, que respondan a las cuestiones que las mujeres planteen sobre sus propios cuerpos y etapas vitales, y que las liberen de los miedos falsos y estrategias manipuladoras a los que han estado sometidas durante tantos siglos.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Bermúdez J. Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial. México, D.F.: Trillas; 2006.
- Álvarez REC, Moncada MJA, Arias GC, Rojas TCS, Contreras MVI. Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. *Context Enferm*, Florianópolis, 2007 Out.Dez; 16(4):680-7.
- Amador Muñoz L, Monreal Gimeno C. *Intervención social y género*. Madrid: Narcea; 2010.
- Amezcu Martínez M. El Laboratorio de Investigación Cualitativa en Salud. En *Index de Enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, IX, n° 28-29, 2000, pp. 41-44.
- Amezcu M. El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. *Index Enferm* [Internet] 2000; 30. [Consultado el 20 de octubre 2010]. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/30revista/30_articulo_30-35.php

- Andersen BL. Women with cancer: psychological perspectives. New York etc.: Springer; 1986.
- Arboleda LM, El grupo de discusión como aproximación metodológica en investigaciones cualitativas. Rev. Fac. Nac. Salud Pública.2008;26(1): 69-77
- Aristóteles. Tratados de lógica. Madrid: Gredos; 1994.
- Arnedo E. La picadura del tábano. La mujer frente a los cambios de la edad. Madrid: Aguilar; 2003.
- Arnos Martínez A. Cárcel y trayectorias psicosociales: actores y representaciones sociales. San Sebastián: Alberdania; 2005.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas posibles de discriminación contra la mujer. Disponible en. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>. 18 de diciembre de 1979, entró en vigor como tratado internacional el 3 de septiembre de 1981 tras su ratificación por 20 países.
- Bachofen JJ, Llinares García MdM. El matriarcado: una investigación sobre la ginecocracia en el mundo antiguo según su naturaleza religiosa y jurídica. Barcelona: Akal; 1987.
- Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en Salud. Washington D.C; 1993.
- Banks M, Blanco Castellano C, Amo Martín Td. Los datos visuales en investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2010.
- Bertaux, D. Historias de casos de familias como método para la investigación de la pobreza. Taller. Revista de Sociedad, Cultura y Política, Vol. I, N° 1. Buenos Aires 1996.
- Billig M. Arguing and thinking rhetorical approach to social psychology. Cambridge: University Press; 1987.
- Billig, M, Condor S, Edwards D, Gane M, Middleton D, Radley A. Ideological dilemmas: A social psychology of everyday thinking. Londres: Sage; 1988.
- Bascón Díaz MJ, Mata Benítez MLdl, Cala Carrillo MJ. Género, adolescencia y argumentación. Sevilla: S.N.; 2007.
- Bernal Guerrero A, Cala Carrillo MJ. Educación e identidad: nuevos desafíos. Barcelona: Ppu; 2010.

- Black JE, Kieffer EC, Villarruel AM, Sinco BR. Predicting the exercise intention of pregnant Latina women. *HISPANIC HEALTH CARE INT* 2007 03; 5(1):5-12.
- Blanco P, Ruiz Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit [Internet]*.2004; 18(1):182-188. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400029&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Blázquez García MJ. Maternidad y ciclo vital de la mujer. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza; 2008.
- Bodoque Puerta Y. Tiempo biológico y tiempo social. Aproximación al análisis del ciclo de vida de las mujeres. *Gazeta de Antropología*. [Internet].2001.17,(12), Disponible en http://www.ugr.es/~pwlac/G17_12Yolanda_Bodoque_Puerta.html
- Botella Llusía J, Clavero Núñez J.A. Tratado de Ginecología (14ª ed). Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1993.
- Botella Llusía J, Clavero Núñez J.A. Tratado de Ginecología. Tomo 1. Fisiología femenina. (13ª ed). Madrid: Editorial Científico Médica; 1982.
- Bourdieu P. Cosas dichas. Buenos Aires: Gedisa; 1988.
- Bourque S.C, Warren K.B. Technology, Gender and Development. *Daedalus*. 1987; 116 (4): 173-197.
- Burin M, Dio de Bleichmar E. Género, psicoanálisis, subjetividad. Buenos Aires etc: Paidós; 1996.
- Burin M, Meler I. Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad. Buenos Aires: Paidós; 1998.
- Caballero Navas C. Mujeres, cuerpos y literatura médica medieval en hebreo. *Asclepio: Revista de historia de la medicina y de la ciencia*. 2008; 60 (1): 37-62.
- Cabrero García J, Richart Martínez M. El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Enfermería clínica*, vol. 6, num 5.
- Cala Carrillo, MJ. et al. Género, argumentación y resolución de conflictos en adolescentes. Análisis a través del discurso. En Laboratorio Actividad Humana Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla, 2006. Disponible en: <http://209.85.129.132/search?q=cache:wWzpNjPb1WYJ:www.juntadeandalucia.es/averros/iesmurillo/Investigacion.pdf+maria+jesus+cala,+tecnicas+de+investigacion&cd=7&hl=es&ct=clnk&gl=es>

- Camarero LA, Sampedro MR, Vicente Mazariegos JI. *Mujer y ruralidad: el círculo quebrado*. Madrid: Instituto de la Mujer; 1991.
- Camarero LA. *El trabajo desvelado. Trayectorias ocupacionales de las mujeres rurales en España*. Instituto de la Mujer, 2006.
- Campbell J. Health Consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002; 359:1331-1336.
- Campo-Redondo M, Labarca Reverol C. La teoría fundamentada en el estudio empírico de las representaciones sociales: un caso sobre el rol orientador del docente. *Opción* [Internet] 2009; 25 (60): 41-54. Disponible en: <https://docs.google.com/a/ustea.net/viewer?url=http://redalyc.uaemex.mx/pdf/310/31012531004.pdf>.
- Candrea A, Paladino C. Cuidado de la Salud: El anclaje social de su construcción. Estudio cualitativo. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)* [Internet] 2005;4(1):55-62. Disponible en: http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V4N106cuidado_de_la_salud.pdf.
- Casado Mejía RM, Solano Pares A, Restrepo Vélez O. *Cuidadoras inmigrantes familiares: ¿oportunidad de crecer en la calidad del cuidado y la salud o nuevas formas de desigualdad?: tesis doctoral.*: S.N.; 2008.
- Casado Mejía RM, Andrés Domingo P, Martínez Torres I, Pastor Fasquelle R, Romero Llorca M, et al.: *Educación, Educándonos en la Salud, la Convivencia y el Buen Trato; un Proyecto de Empoderamiento de las Mujeres y Repercusión Comunitaria en Comunidades Populares Mexicanas. Investigaciones Multidisciplinares en Género*. Sevilla. Edición Digital @3. Vol. 1. 2010. pp. 221-232.
- Casado Mejía R, Luz Calzada M^a, Jimenez Otero M^a: *Guía para la Elaboración del Manual de Normas y Procedimientos de Enfermería en los Centros de Salud de Andalucía*. Sevilla,. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. 1991
- Casasnovas L, González de Chávez Fernández, MA. *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*. Madrid: Siglo XXI; 1999.
- Castaño López E, Plazaola Castaño J, Bolívar Muñoz J, Ruiz Pérez I. Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005). *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2006; 80(6): 705-716. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000600010&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000600010&lng=es)

- Castillo E. La Fenomenología Interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y Educación en Enfermería*, XVIII, 2000; (1): 27-35.
- Castorina JA. Representaciones sociales: problemas teóricos y conocimientos infantiles. Barcelona: Gedisa; 2003.
- Chavarría M. Cara ao fin da menstruación?: a nova pílula reabre o debate sobre se é convinte ou non abolir a regra. *Andaina: revista do Movemento Feminista Galego*, 2007; (47):8-10.
- Chesterton GK, Ayllón JR. La mujer y la familia. Barcelona: Styria; 2006.
- Cobo Castillo C, Casado Mejía R: Educación para la Salud Grupal en Enfermería: ¿Es Utilizada Por las Enfermeras de Atención Primaria de Salud?. *Enfermería Comunitaria (Internet)*. Vol. 4. Núm. 2. 2008.
- Colectivo del Libro de las Mujeres de Boston. Nuestros cuerpos, nuestras vidas, edición española de Leonor Taboada, Margarita López, Carme Valls-Llobet y Montse Cervera. (1ªed.1971). Barcelona: Plaza y Janes; 2000.
- Conde F, Santamaría C. Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños. Madrid: Dirección general de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1994.
- Conde F. Informe sobre la Salud y la Mujer en la Comunidad de Madrid. Madrid: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1994.
- Coria C, Freixas A, Covas S. Los cambios en la vida de las mujeres: temores, mitos y estrategias. Barcelona etc.: Paidós; 2005.
- Damico JS, Simmons-Mackie N. Qualitative research and speech-language pathology: a tutorial for the clinical realm. *AM J SPEECH LANG PATHOL* 2003; 12(2):131-143.
- De Beauvoir. El segundo sexo. (2ª ed). Madrid: Cátedra; 2008.
- De Macedo J, Silveira MF. The introductive experience of half-way houses - quantitative and qualitative analysis. *ONLINE BRAZ J NURS* 2009;8(2):1p.

- De Roux G. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. *Educación Médica y Salud*. 1994 Abr; 28(2):223-33.
- Delgado JM, Gutiérrez J., Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis, 1999.
- Delgado JM., Gutiérrez J. El análisis de la realidad en la intervención social. Madrid: Síntesis; 1999.
- Deutsch Helene. *The Psychology of Women*. Nueva York: Grune & Stratton; 1945.
- Douglas M. Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú (1ª ed) Buenos Aires: Nueva Visión, 2007.
- Duby G, Perrot M. *Historia de las mujeres en Occidente, Vol. 1, Antigüedad (5ªed)*. Madrid: Ed. Taurus; 2006
- Duong Tran P, Garcia K. An international study of health knowledge, behaviors, and cultural perceptions of young Mexican adults. *HISPANIC HEALTH CARE INT* 2009; 7(1):5-10.
- Durán MA. *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid: Tecnos; 1983.
- Durkheim E. Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 4, 273-302,1898.
- Edwards D. *Discourse and Cognition*. Londres: Sage; 1996.
- Esteban ML. El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En: C Miqueo, C Tomás, C Tejero C, MJ Barral, T Fernández, T Yago, editors. *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva Ed; 2001.
- Esteban ML. *Antropología del cuerpo: género, itinerario, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra; 2004.
- Farr, R. Las representaciones sociales. En: S. Moscovici (Ed.), *Psicología social, pensamiento y vida social*. *Psicología social y problemas sociales* (Vol. 2, pp.495-505) Barcelona: Paidós, 1988.
- Fernández Araujo C. Aproximación a la folkmedicina de Cartagena. En: Narria: *Estudios de artes y costumbres populares* [Internet]. 1988;(49-50): 36-38. Disponible en: <http://digitool-uam.greendata.es/R/M48GGFAHJCQGB25GVC3QE4JLXI12U29X5V3L11T6IITCFIBVYR-00214?func=dbin-jump>

[full&object_id=44995&local_base=GEN01&pds_handle=GUEST](#)

- Fernández P. Teorías de las emociones y teoría de la afectividad colectiva. Iztapalapa 1994; 14:89-112.
- Ferrer Pérez VA, Manassero Mas MA, Bosch Fiol E. Creencias sobre la menstruación: Análisis histórico situación actual. 1993; 14 (3-4): 485-494.
- Finfgeld-Connett D. Qualitative comparison and synthesis of nursing presence and caring. INT J NURS TERMINOL CLASSIF 2008; 19(3):111-119.
- Flecha García MC. Textos y documentos sobre educación de las mujeres. Sevilla: Kronos; 1998.
- Flecha García MC, Guerra García M, Núñez Gil M. Educación y mujeres: estrategias de intervención. Sevilla: Arcibel; 2004.
- Flecha García MC, Núñez Gil M. La educación de las mujeres: nuevas perspectivas. Sevilla: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla; 2001.
- Flecha García MC, Núñez Gil M, Rebollo Espinosa MJ. Mujeres y educación. Saberes, prácticas y discursos en la historia. Sevilla, etc.: Diputación Provincial de Sevilla, etc.; 2005.
- Fonseca Mora MdC, Barroso González MO. Realidad de mujer: la tarea de observar desde la perspectiva de género. Oviedo: Septem; 2002.
- Foucault M. El sujeto y el poder. Chicago: Chicago University Press; 1983.
- Frazer JG. La rama dorada: magia y religión, (3ªed) edición, introducción y notas Robert Fraser, México: Fondo de Cultura Económica; 2011.
- Freixas Farré A. Nuestra menopausia: una versión no oficial. Barcelona: Paidós; 2007.
- Freixas. Autopercepción del proceso de envejecimiento en la mujer entre 50 y 60 años. Anuario de Psicología 1991; 50(30); 67-78.
- García Martínez MJ, García Martínez AC, Fechas clave para la Historia de las Matronas en España. Híades. Revista de Historia de la Enfermería. 1999;(5-6): 243-260.
- García Martínez M. History of art in childbirth in family environment [Spanish]. CULTURA CUIDADOS 2008;12(24):40-47.
- García Pérez R, Moreno Bartolomé C. Conocimientos sobre sexualidad en púberes del distrito de Arganzuela en Madrid. Metas de Enfermería, 2004;8: 8-13.
- García Ramón MD, Tulla i Pujol AF, Valdovinos Perdices N. Geografía rural. Madrid: Síntesis; 1995.

- García Sanz B. La mujer rural ante el reto de la modernización de la sociedad rural. Madrid: Instituto de la Mujer; 2004.
- García Sanz Z, B. La sociedad rural ante el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, 1999.
- Garrido M, et al. Ethical analysis to improve decision-making on health technologies. Bull World Health Organ 2008; 86(8):617-623.
- Garrido Viana ML. La medicina popular en la provincia de Huelva [Tesis doctoral] Sevilla: [s.n.]; 2002.
- Glaser B. Basic of Grounded Theory Analysis: Emergency vs. Forcing, Mill Valley, C.A. Sociology Press, 1992.
- Gómez Amor J, Martínez Selva JM. Psicobiología del ciclo menstrual. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 1991.
- Gómez Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. Rev Pan Salud Pública [Internet].2002;11(5-6):454-461 Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500024&script=sci_arttext
- González Rey FL. Investigación cualitativa y subjetividad: los procesos de construcción de la información. México D.F.: McGrawHill Interamericana; 2007.
- González JS. Editorial. Historia de la enfermería: una aportación epistemológica desde la perspectiva cultural de los cuidados [Spanish]. CULTURA CUIDADOS 2008;12(24):5-6.
- González de Chávez M^aA (Comp). Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres. Madrid: Siglo veintiuno de España editores; 1999.
- Gray Miranda. Luna roja: los dones del ciclo menstrual. Madrid: Gaia; 1995.
- Guil Bozal A, Solano Parés A, Álvarez Girón M. La situación de las mujeres en las universidades públicas andaluzas. Sevilla: Consejo Económico y Social de Andalucía; 2005.
- Harding SG. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata; 2006.
- Herrera Gómez C. La construcción sociocultural del amor romántico. Madrid: Fundamentos; 2010.
- Higginbottom G. Sampling issues in qualitative research. NURSE RESEARCHER 2004 09;12(1):7-19.

- Hipócrates. Tratados hipocráticos. En Obra completa. Volumen IV: Tratados ginecológicos: Sobre las enfermedades de las mujeres; Sobre las mujeres estériles; Sobre las enfermedades de las vírgenes; Sobre la superfetación; Sobre la escisión del feto; Sobre la naturaleza de la mujer. Madrid: Editorial Gredos; 1988.
- Houppert Karen. La menstruación: desmontando el último tabú femenino. Madrid: Juventud; 2000.
- Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; Disponible: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludG enero2006.pdf>
- Informe Salud y Género 2007-2008. Mujeres y Hombres en las profesiones sanitarias. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y política Social; .Disponible: <http://www.udg.edu/LinkClick.aspx?fileticket=NbQihjCEw-M%3D&tabid=17483&language=ca-ES>
- Informe SESPAS 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social [Internet] 2004. Disponible en http://www.sespas.es/ind_lib07.html
- Instituto Andaluz de la Mujer. Mirando la salud desde una perspectiva de género. Málaga , 29 y 30 de mayo 2006. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 2007.
- Iñiguez y Anataqui. El análisis del discurso en psicología social. Boletín de Psicología.1994; 44:57-75.
- Irigarria L. Ese sexo que no es uno. (1ª edición de 1977) Madrid: Saltes; 1981.
- Juarez LM. [Popular medical care, popularized biomedical care. The inclusion of traditional midwives in the healthcare system of Eastern Guatemala] [Spanish]. CULTURA CUIDADOS 2006;10(19):41-46.
- Knibiehler Y. “Cuerpos y corazones”, en Historia de las mujeres, Volumen IV. El siglo XIX. Madrid: Ed. Taurus; 2006.
- Kottak Conrad P. Antropología cultural. Madrid: Mc Graw Hill; 2002.
- Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. (1ª edición 1965) México: Fondo de Cultura Económica; 2001.
- Lagarde M. Género y feminismo: desarrollo humano y democracia. Madrid: Horas y horas; 1996.
- Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; 1974.

- Lasheras Lozano ML, Pires Alcaide M, Rodríguez Gimena MM. Género y salud. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Instituto Andaluz de la Mujer; 2004.
- Leininger M. Transcultural nursing; concepts, theories, research and practice. In: Leininger M, McFarland Mr (ed). Transcultural nursing: concepts, theories, research and culture. (3ª ed). Toronto (ON/CA): McGraw.Hill; 2002.p.77-98.
- Lerner G. La creación del patriarcado. Barcelona: Crítica; 1990.
- LEY 12/2007, de 26 de Noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía (BOJA nº 247 de 18 de diciembre 2007).
- LEY 13/2007, de 26 de Noviembre, Ley de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género (BOJA nº 247, de 18 de diciembre de 2007).
- López de la Vieja MT. Bioética y feminismo: estudios multidisciplinares de género. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2006.
- Macías Seda J, Gómez Salgado J. Mujer y salud. Madrid: Fuden; 2008.
- Malinowski B. Myth in Primitive Psychology. Westport: Connecticut Negro University Press; 1971.
- Mandelblatt JS, Yabroff KR. Breast and cervical cancer screening for older women: recommendations and challenges for the 21st century. J Am med Women Assoc, 2000; 55(4):210-215.
- Marrugat J et al. Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. Journal of the American Medical Association: 1998; 280 (16):1405-1409.
- Martínez Benlloch I. Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. En: Programa de Formación de formadores/as en perspectiva de género en salud. Materiales didácticos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Universidad Complutense de Madrid; 2007.
- Martínez Ortega RM, García Perea E. Enfermería de la mujer. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 2011.
- Martínez P. Cualitativa-mente:(los secretos de la investigación cualitativa). Pozuelo de Alarcón Madrid: Esic; 2008.
- Mazarrasa Alvear L, Gil Tarragato S. Salud sexual y reproductiva. En Programa de Formación de formadores/as en perspectiva de género en salud. Materiales

- didácticos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2007.
- Mead M. Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas (original 1935). New York: New American Library; 1950.
- Mead M. Adolescencia, sexo y cultura en Samoa. Barcelona: Laia; 1972.
- Méndez L. Antropología feminista. Madrid: Síntesis; 2007.
- Miqueo C. Perspectivas de género en salud: fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid: Minerva Ediciones; 2001.
- Milton T. La revolución epidemiológica y la medicina social. Compilación de: Ignacio Almada Bay y Daniel López Acuña. México: Siglo Veintiuno; 1987.
- Millares A. Democracia feminista. Madrid: Cátedra; 2003.
- Millet K. Política sexual. Madrid: Cátedra; 1995.
- Moore HL. Antropología y feminismo. (5ª ed). Madrid: Cátedra; 2009.
- Moscovici S. Le Psychanalyse, son image et son public. Paris: PUF; 1961.
- Moscovici S. Psicología social II: pensamiento y vida social. Barcelona: Paidós; 1993
- Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Paidós; 1979.
- Mozo González C. Construcción social del género y su impacto en la salud. En: Jornadas andaluzas de Mujeres y Salud. Mirando la salud desde una perspectiva de género. Málaga: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social-Instituto Andaluz de la Mujer; 2006.
- Muñoz-Muñoz A. El acceso a artículos de publicaciones especializadas en enfermería: bases de datos para su identificación y localización. . In Ciencia y enfermería. Universidad de Concepción (Chile). pp.9-14. (Published) [Journal Article (Print/Paginated)]. 2006.
- Muñoz de Rodríguez L, Vasquez ML. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Colomb Med 2007; 38 (Supl 2): 98-104.
- Murillo S, Mena Martínez L. Detectives y camaleones: el grupo de discusión: una propuesta para la investigación cualitativa. Madrid: Talasa; 2006.
- Nájera E. La Salud Pública, una Teoría para una práctica ¿se precisa su reconstrucción? En: La crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el debate. Washinton (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1992. Pub. Científica. No 540

- Ocaña Ocaña C, García Manrique E. El territorio andaluz. Málaga: Librería Ágora; 1990.
- Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS. Ginebra: 1960
- Organización Mundial de la Salud. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Política de la OMS en materia de género: 2002.
- Organización Mundial de la Salud. Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- Ortega y Gasset J. Ideas y creencias. (8ª ed). Madrid: Espasa-Calpe; 1976.
- Ortega-Lopez R. Pain, health and sickness culture: nurses', health users' and healers' perception [Spanish]. CULTURA CUIDADOS 2006 03;10 (19):63-72.
- Pelcastre-Villafuerte B, Garrido-Latorre F, de León-Reyes V. Menopausia: representaciones sociales y prácticas. Salud Pública Méx [Internet] 2001 [consultado 15 octubre 2011] 43 (5):408-414. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000318>
- Pérez R, Ferreres Traver A, Hernández A, Gadea M, González Durán E, Navarro N. Psicoterma. 1995; 7 (2): 297-308.
- Pérez Serrano G. Investigación cualitativa: retos e interrogantes. Madrid: La Muralla; 1994.
- Platón. Diálogos. En Obra Completa en 9 volúmenes. Volumen VI: Filebo. Timeo. Critias. Madrid: Gredos; 2003.
- Plaza-del Pino F, Galvez M, Alonso JR, Navarro SG, Escanuela EA, Plaza-del Pino M. Birth and death at the Riff Mountains [Spanish]. CULTURA CUIDADOS 2008;12(23):45-49.
- Roca J. De la pureza a la maternidad. La construcción del género femenino en la postguerra española. Madrid: Ministerio de Cultura; 1996.
- Rodríguez A, Seoane Pinilla J. Creencias, actitudes y valores. Madrid: Alhambra; 1989.
- Rodríguez Marín J. Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis; 1995.
- Rohlfs Barbosa I, Borrel C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac Sanit. 2000; 14 (Supl. 3): 60-71.
- Rohlfs Barbosa I. Diferencias que generan desigualdades. Las invisibilidades en la salud de las mujeres. En: Jornadas andaluzas de Mujeres y Salud. Mirando la salud desde una perspectiva de género. Málaga: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Instituto Andaluz de la Mujer; 2006.

- Romero Pérez, R. Hacia una Historia del pensamiento feminista en España. Estudios feministas, Diciembre 2006. Disponible en: <http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys10/espanha/rosalia.htm>
- Rosales Nava RM. Trabajo, salud y sexualidad: las cargas de trabajo laborales y reproductivas en la salud de las mujeres. Barcelona: Icaria; 2002.
- Rosaldo MZ. The use and abuse of Anthropology: Reflections on Feminism and cross-Cultural Understanding. Signs: Journal of Women in Culture and Society.1980; 5 (3): 398-417.
- Rubio MJ, Varas J. El análisis de la realidad en la intervención social: métodos y técnicas de investigación. Madrid: CCS; 2004.
- Saarni SI, Hofmann B, Lampe K, Luhmann D, Makela M, Velasco-Garrido M, et al. Ethical analysis to improve decision-making on health technologies. Bull World Health Organ 2008; 86(8):617-623.
- Salmerón Jiménez A. Trótula y la escuela de Salerno: el renacimiento de la medicina. La ciencia y el hombre. Revista de divulgación científica y tecnológica de la universidad veracruzana. [Internet] 2006 [Consultado el 15 febrero 2012] 19 (1): 1-6. Disponible en: <http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol19num1/articulos/trotula/index.htm>
- Salleras Sanmartí L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos; 1985.
- Sánchez López MdP, Colomer Revuelta C, España, Universidad Complutense de Madrid. Programa de formación de formadores en Perspectiva de Género en Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Sandín Esteban, M.P. Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y Tradiciones. Madrid: McGraw and Hill Interamericana de España; 2003.
- Sanz F. Los vínculos amorosos: amar desde la identidad en la terapia de reencuentro. (8ª ed). Barcelona: Kairós; 2010.
- Szasz I. Contrapunto: La salud reproductiva-el derecho a ser mujer. En <http://www.tierramerica.org/mujer/contrapunto.shtml>
- Sau V. El vacío de la maternidad: madre no hay más que ninguna. (2ª ed). Barcelona: Icaria; 2004.
- Sau V. Reflexiones feministas para principios de siglo. Madrid: Horas y horas; 2000.

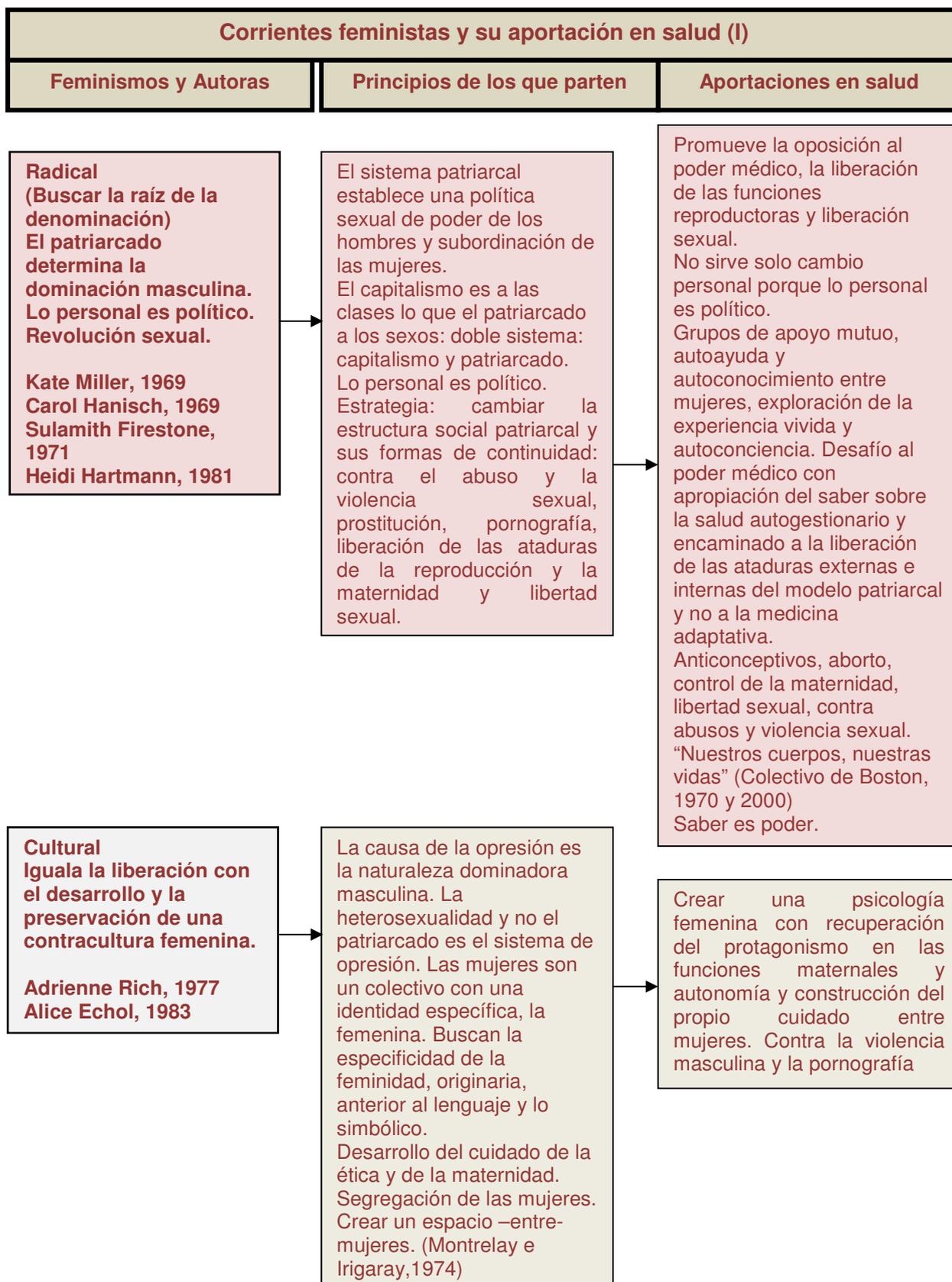
- Sau V. Ser mujer: el fin de una imagen tradicional. (2ª rev y amp ed). Barcelona: Icaria; 1993.
- Sau V. Ser mujer: el fin de una imagen tradicional. Barcelona: Icaria; 1986.
- Sau V. Estrés, salud mental y psicología de género. Mujeres, trabajo y salud. Quadern CAPS nº 24. Barcelona. 1996.
- Scott JW. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: James Amelang y Mary Nash. Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea. Valencia: Eds. Alfons el Magnanim; 1990.p. 23-56.
- Scott JW. A Useful Category of Historical Analysis. The American Historical Review.1986; 91(5): 1053-1075.
- Sebastián Herranz, J. Factores psicosociales en el cáncer de mama, en Salud y género. La salud de la mujer en el umbral del siglo XX, Madrid: Instituto Universitario de Estudios de la Mujer; 2001.
- Segundo Informe de Salud y Género. Ministerio de sanidad y consumo, 2006.
- Sims J. Equidad de género y salud ambiental. Serie género, equidad, salud. Publicación ocasional nº 10. Washington: OPS/OMS; 2002.
- Sontag S. La enfermedad y sus metáforas; el SIDA y sus metáforas. Madrid: Taurus; 1996.
- Soto Peña O, Montero Navarro JM, Sánchez Bocanegra CL. Dibujando un enfoque transdisciplinar y transcultural de la salud. Las nuevas tecnologías como catalizadoras de redes sociales (I). Revista Esalud.com [Internet]. 2007; 3(12). Disponible en: <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/188/472>
- Stoller R. Sex and Gender. New York: Science House; 1968.
- Strauss AL. Qualitative Analysis for Social Scientists, Cambridge: University Press, 1987,
- Tamayo Acosta JJ. Religión, género y violencia. Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía; 2010.
- Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de la investigación. Buenos Aires: Paidós; 1986.
- Terapia Hormonal Sustitutiva [monografía en internet] Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2002. Disponible en: <http://www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001191documento.pdf>

- Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. Compilación de Ignacio Almada Bay y Daniel López Acuña México: [etc.] Siglo Veintiuno, 1987.
- Thomasset C. La naturaleza de la mujer. En: Christiane Klapisch-Zuber. La Edad Media. 4ª edición. Madrid: Taurus; 2006. p 72-98.
- Trinidad Requena A, Carrero Planes V, Soriano Miras RM. Teoría fundamentada "Grounded theory": la construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. Madrid: Cis; 2006.
- Tubert S, Fraisse G. Del sexo al género: los equívocos de un concepto.(2ª ed). Madrid: Cátedra; 2011.
- Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE, Organización Panamericana de la Salud. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
- Urrutia M, Cianelli R. Disparidad en salud: un fenómeno multidimensional [Spanish]. HISPANIC HEALTH CARE INT 2010;8(1):23-35.
- Usandizaga Beguiristáin JA, González Navarro G. Historia de la Obstetricia y Ginecología Española Tomo II. 1ª ed. Las Rozas (Madrid): Habe; 2007.
- Valcárcel A. Feminismo en el mundo global. Madrid: Cátedra; 2008.
- Valle TD. Perspectivas feministas desde la antropología social. Barcelona: Ariel; 2000.
- Valls-Llobet C. Mujeres, salud y poder. Madrid: Cátedra; 2009.
- Valls-Llobet C. Mujeres y hombres. Salud y diferencias. Barcelona: Folio; 1994.
- Valls-Llobet C. Morbilidad en las mujeres jóvenes. IV jornadas de la red de médicas y profesionales de la salud. Madrid: 2002.
- Valls-Llobet C. La menstruación: de la invisibilidad a la abolición. Duoda: Revista d'estudis feministes. 2006; (31): 71-84.
- Velandia Mora M. Ethnology in three ethnographic studies on health and sexuality in youngsters of DPT of Santander (Colombia), Mogotes, San Joaquin and El Payon [Spanish]. CULTURA CUIDADOS 2008;12(24):66-73.
- Velasco Arias S. Sexos, género y salud: teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid: Minerva; 2009.
- Vera K. C, Blu F A, Torres H M. Sanguiuélas, parásitos presentes ayer y hoy. Rev. chil. infectol. [Internet] 2005 [Consultado el 25 abril 2012]; 22(1): 32-37. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-1018200500010004&lng.=es.doi: 10.4067/S0716-10182005000100004.

- Vivar C, Arantzamendi G, Lopez Dicastillo M, Gordo C. La teoría fundamentada como metodología de investigación cualitativa en enfermería. *Revista Index de Enfermería*. 2010; 19(4): 283-288.
- Vives-Cases C, Álvarez-Dardet Díaz C, Carrasco Portiño M, Torrubiano Domínguez J. El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*. 2007; 21 (3): 242-246.
- Vukovic L. *Salud para la mujer: cómo sentirse mejor y superar los problemas de salud propios de la mujer: menstruación, embarazo, menopausia*. Madrid: Nowtilus; 2007.
- Wilkinson S, Kitzinger C. *Mujer y salud: una perspectiva feminista*. Barcelona etc.: Paidós; 1996.
- Wilson R. *Feminine Forever*. Londres: W.H.Allen; 1966.
- Zita JN “Heresy in the female body: the rethorics of menopause” en Callaghan J. (edición a cargo de) *Menopause. A midlife Passage*, Bloomington e Indianápolis,: Indiana University Press, pp. 36-58.

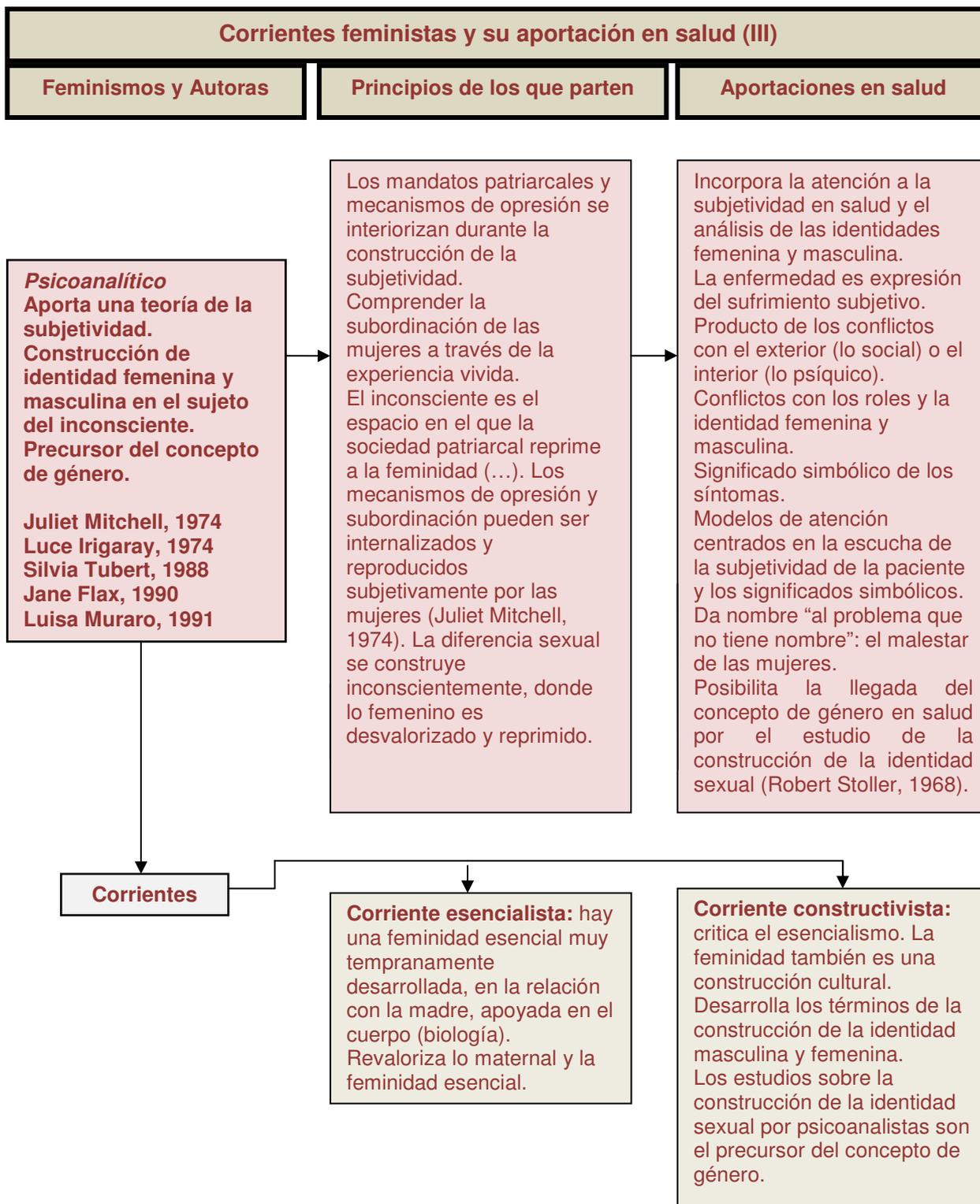
ANEXOS

ANEXO I. PRINCIPALES CORRIENTES FEMINISTAS Y SU APORTACIÓN EN SALUD



Corrientes feministas y su aportación en salud (II)

| Feminismos y Autoras | Principios de los que parten | Aportaciones en salud |
|--|---|---|
| <p>Ecofeminismos E. clásico o radical: Segregación de las mujeres y vuelta a su naturaleza Mary Daly, 1978</p> | <p>Ecofeminismo clásico (radical): el patriarcado ha explotado la relación de las mujeres con la Naturaleza. Opone la ética femenina del cuidado a la agresividad masculina. Recuperación de los valores matriarcales y cercanía con la naturaleza. Propone la segregación de los hombres.</p> | <p>En occidente el radical produjo una ginecología autogestionaria entre mujeres con métodos alternativos. Posteriormente las aportaciones se relacionan con la maternidad consciente y como experiencia iniciática.</p> |
| <p>E. espiritualista: (feminismo del Sur) Busca mantener en manos de las mujeres el control de los alimentos y del medio ambiente Vandana Shiva, 2000</p> | <p>Ecofeminismo espiritualista: la estructura patriarcal es el mecanismo de la explotación. El mal desarrollo, fuente de violencia contra la mujer y la naturaleza en todo el mundo, tiene sus raíces en los postulados de homogeneidad y dominación.</p> | <p>Tendencia a idealizar la maternidad. Tienden a propuestas de dedicación de las mujeres más a las funciones de mantenimiento de la vida, viviéndolas de forma más instintiva y naturalizada. Se materializa en las corrientes de naturalización del parto y de la lactancia prolongada, de "madres canguro", doulas acompañantes en el parto...</p> |
| <p>Feminismo ecologista: Constructivista. Clase, casta y raza. Bina Aqarwal, 2000</p> | <p>Feminismo ecologista: ecofeminismo constructivista, que critica el esencialismo y universalización de las mujeres del espiritualista. La destrucción ambiental sobreafecta a las mujeres, pero no a todas igual. Reconoce las diferencias de clase, casta, razas. Más cercano a socialismo, identificando la responsabilidad en el sistema capitalista de los grupos dominantes que monopolizan el poder y el control de los recursos.</p> | <p>En el Tercer Mundo promueven empoderamiento para cuidados entre mujeres para la maternidad y cuidado de hijos/as y para la apropiación de los medios de producción de alimentos y empoderamiento personal y comunitario.</p> |



Corrientes feministas y su aportación en salud (IV)

Feminismos y Autoras

Estructuralista
(nacimiento del
concepto de género)

El sistema sexo/género,
homólogo a los
sistemas de parentesco,
explica la posición de
las mujeres.

Gayle Rubin, 1975

Principios de los que parten

Establece el sistema sexo/
género explicativo de la
opresión, en lugar del
sistema patriarcal, que sería
uno de los sistemas
sexo/género posibles.

Analiza la estructura de las
relaciones de género como
construcción sociocultural.
La sexualidad también es
una construcción cultural: El
sexo, tal como lo conocemos
–identidad de género, deseos
y fantasías sexuales,
conceptos de infancia– es un
producto social (Gayle Rubin,
1975).

El género es el mecanismo
que articula las relaciones
entre los sexos.
El género es a las relaciones
entre sexos en el patriarcado,
lo que la economía es al
sistema social en el
capitalismo.

Se nutre de la teoría de
construcción de la
subjectividad e identidad del
psicoanálisis

Aportaciones en salud

Estudia los conflictos de
identidad bajo la óptica de la
construcción social del
género.

Precede al análisis del
género como determinante
psicosocial de salud.

Analiza la estructura de los
factores psicosociales de
relaciones de género como
construcción sociocultural
(roles, relaciones de poder/
subordinación, de privación y
violencia) y políticas
(discriminación, relación con
el poder).

Escucha del análisis de
género del discurso.
Introduce el análisis de las
relaciones de poder médico
en sinergia con las relaciones
de poder de género.

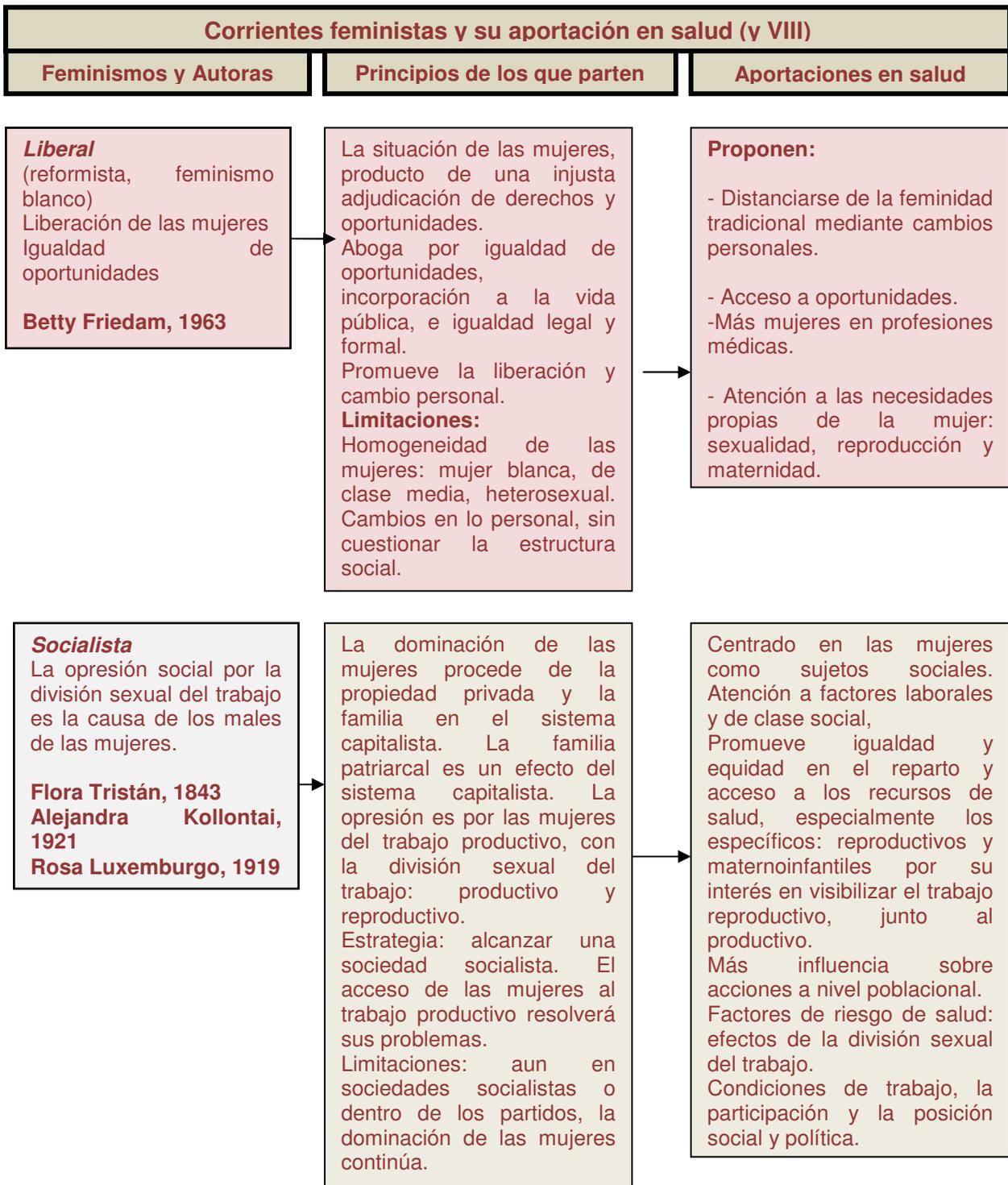
Promueve el
empoderamiento de las
mujeres.

| Corrientes feministas y su aportación en salud (V) | | |
|---|---|---|
| Feminismos y Autoras | Principios de los que parten | Aportaciones en salud |
| <p>Postestructuralista Diversidad de identidades.</p> <p>Cuestiona el diformismo sexual heteroconcentrado. Libertad de identidad y no violencia contra diferentes y marginales</p> <p>Judith Butler, 2000-2007</p> | <p>Ruptura con la idea de identidades fijas y estables. No hay identidades universales. No acepta la definición de "mujer" como sujeto único y universal.</p> | <p>Introduce la visión de los determinantes de salud de las singularidades subjetivas</p> |
| | <p>Deconstrucción de todas las generalizaciones y búsqueda de la singularidad y diversidad. Privilegia la búsqueda de los mecanismos psíquicos del poder y de la violencia.</p> | |
| | <p>Cuestionan la categoría de género como categoría universal. Pensar en etnia, edad, clase, país, ideología, orientación sexual.</p> | |
| | <p>Critica al euro etnocentrismo y heterosexismo del feminismo hasta el momento. Se nutre del psicoanálisis postestructuralista</p> | |

| Corrientes feministas y su aportación en salud (VI) | | |
|--|--|--|
| Feminismos y Autoras | Principios de los que parten | Aportaciones en salud |
| <p>Posfeminismo, teoría queer, y transgénero.</p> <p>Diversidad, subversión y destrucción de los roles sexuales.</p> <p>Aspiraciones y derechos igualitarios.</p> <p>Judith Butler, 2000-2007 Judith Halberstam, 1998</p> | <p>Dilema principal en la subjetividad e identidades. Por la libertad de elección de identidad y contra la violencia sobre las personas <i>queer</i> y trans.</p> <p>Conflictos con el feminismo por el heterosexismo y universalismo.</p> <p>Estallan las identidades. Masculinidad sin hombres. Masculinidad femenina. Lesbianas femeninas. Personas intersexo y transexuales. Identidades sexuales diversas</p> | <p>Introduce la visión de los determinantes de salud de las singularidades subjetivas</p> <p>Evitar estereotipos reduccionistas y pensar en múltiples variables: etnia, edad, clase, país, ideología, orientación sexual... a la hora de programar en salud.</p> <p>Promueve diversidad de modelos de atención.</p> <p>Tener presentes factores para la salud procedentes de las identidades sexuales no heterocentadas y de su vulnerabilidad por estigmatización, discriminación y exclusión y violencia contra las personas, trans e intersexo.</p> <p>“Melancolía de género”, duelo por la identidad de género como factor predisponente a depresión y suicidio.</p> |
| <p>De la igualdad</p> <p>Búsqueda de la igualdad entre los sexos.</p> <p>Diferencia o igualdad</p> <p>Celia Amorós</p> | <p>Hombres y mujeres son iguales, todas sus diferencias son construidas socioculturalmente, incluso la identidad masculina y femenina.</p> <p>Identificar y analizar desigualdades productoras de injusticia. Igualdad legal, social, en el trabajo y de oportunidades... y contra las relaciones de poder.</p> <p>Incorpora el concepto de género.</p> | <p>Políticas de igualdad y equidad en los recursos de salud.</p> <p>Detectar y evitar los sesgos de género en la atención sanitaria.</p> <p>Detectar las desigualdades por sexos y de género en las formas de enfermar.</p> <p>Detectar y evitar los factores de riesgo fuentes de desigualdad en las formas de enfermar.</p> |

| | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------|
| Corrientes feministas y su aportación en salud (VII) | | |
| Feminismos y Autoras | Principios de los que parten | Aportaciones en salud |

| | | |
|---|---|---|
| <p>De la diferencia</p> <p>Búsqueda de la identidad de las mujeres.</p> <p>Diferencia o identidad</p> <p>Luisa Muraro</p> | <p>Las mujeres son diferentes a los hombres.</p> <p>La mujer puede ser definida en sí misma.</p> <p>Definir y comprender los femenino y un lugar para las mujeres en el orden simbólico. La identidad femenina es diferente y construida primariamente en relación con el otro materno.</p> <p>Pensamiento de lo maternal y ética del cuidado. Estudio de la subjetividad e identidad nutriéndose del psicoanálisis esencialista y no congenia con el concepto de género.</p> | <p>Análisis de la diferencia en la identidad femenina.</p> <p>Métodos de atención diferencial a las funciones femeninas como maternidad, parto, puerperio y lactancia.</p> <p>Espacios grupales de cuidado de salud entre mujeres para salud mental, climaterio, malos tratos, cáncer de mama y ginecológico.</p> |
|---|---|---|



Fuente: Sara Velasco Arias: Sexo, género y salud (2009), pp. 58-61

ANEXO II.

**GUIÓN DE ENTREVISTA A LAS MUJERES SOBRE LAS CREENCIAS DE LOS
CICLOS VITALES FEMENINOS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO**

| | |
|--------------------------|------------------|
| 1) ¿Cómo te llamas? | DATOS PERSONALES |
| 2) ¿Dónde naciste? | |
| 3) ¿Cuántos años tienes? | |

1. MENSTRUACIÓN

- 1.1 ¿Escuchabas de niña algo sobre la menstruación?
- 1.2 ¿Se decía alguna creencia relacionada con la menstruación en tu casa? ¿Quién la decía?
- 1.3 ¿Esas creencias, ideas... miedos... a qué se referían?
- 1.4 ¿Relacionadas con la
- 1.5.1. higiene
- 1.5.2. con la comida
- 1.5.3. con el trabajo
- 1.5.4. con la casa
- 1.5.5. con animales
- 1.5 ¿Había alguna prohibición en estos días?
- 1.6 ¿Usted/ Tú seguías estas creencias? ¿Te lo tomabas a risa...? ¿O en serio?
- 1.7 ¿Se hablaba de este tema con las amigas, con la madre? (espacio público, espacio privado).
- 1.8 ¿Qué te implicaba hacer o no hacer estas creencias?
- 1.9 ¿Por qué crees que se decían?
- 1.10 ¿Conoces algún remedio casero para el dolor en la menstruación?
- 1.12 ¿Cómo se decía cuando una niña se ponía con la menstruación... qué lenguaje y expresiones se utilizaban (metáforas...mundo simbólico...)?
- 1.13 ¿Cómo es tu relación con respecto a este tema con tus hijas?

2. EMBARAZO

- 2.1 Con respecto a los embarazos... habías escuchado alguna creencia?
- 2.2 ¿Algo que se podía hacer o no?
- 2.3 ¿Qué rituales se seguían en el momento del parto?
- 2.4 ¿Alguna recomendación en el embarazo?

3. LACTANCIA MATERNA

- 3.1. ¿Y sobre el mundo de la lactancia materna..
 - 3.1.1. ¿algún consejo?
 - 3.1.2. ¿práctica?
 - 3.1.3. ¿técnica?
 - 3.1.4. ¿relación, peligro, recuerdo, lucro, solidaridad. alternativas...?

4. MENOPAUSIA

- 4.1. Lenguaje y metáforas relacionado con la menopausia
- 4.2. Consejos y prohibiciones.
- 4.3. Ideas que ella misma tiene al respecto.

ANEXO III. CARTA INVITACIÓN A GRUPO DE DISCUSIÓN

Sevilla, 21 de Septiembre de 2011

Apreciado/a Sr/a:

Somos un grupo de investigadoras de la Universidad de Sevilla que estamos realizando una investigación relacionada con la salud de las mujeres.

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en una reunión en la que se va a tratar de la salud de las mujeres y las creencias en torno a la misma. Consideramos que sus opiniones son especialmente valiosas para nuestra investigación que consiste en recoger todas las ideas y creencias que tenemos sobre la salud.

Para su asistencia y participación en la reunión no requiere ninguna formación ni preparación previa, ya que lo nos interesa recoger son sus experiencias y creencias en torno a este tema.

Por todo ello rogaríamos que aceptara esta invitación y se pusiera en contacto con nosotros en el teléfono: **645.68.51.91** para confirmar su asistencia. La persona de contacto es **Alicia Botello**. Le atenderemos personalmente y le informaremos sobre cualquier aspecto que le interese de la investigación.

Para su información personal le indicamos que los datos que se obtengan se trataran de forma anónima y confidencial.

La reunión se desarrollará en **el día 20 de octubre de 2011, a las 17:30h.**

Muchas gracias por su atención,

Atentamente.

ANEXO IV. CORREO ELECTRÓNICO DE INVITACIÓN A GRUPO DE DISCUSIÓN

Mensaje

[anterior](#) | [siguiente](#)

[Responder](#) [Responder a todos](#) [Reenviar](#) [Imprimir](#) [Eliminar](#)

Asunto: Investigacion

De: [Alicia Botello Hermosa](#) ✉

Enviado: 21 de noviembre de 2011 18:47

Para: GRUPO 10 ESR; GRUPO 8 ESR

CC:

CCO:

Prioridad alta

Buenas tardes:

Estoy realizando una investigacion entre mujeres de entre 18 y 35 años sobre las ideas que tenemos de la salud. Pido tu participacion si estas interesada para participar en un grupo de discusion a este respecto. NO hace falta prepararse nada. Al contrario, lo espontaneo es mejor. La duracion sera de aproximadamente 1 hora. El lugar una clase de la facultad de enfermeria y el dia de la realizacion uno de esta semana o de la que viene que nos venga bien a todas. Si estas interesada ponte en contacto conmigo. Si conoces a alguien que quiera participar y tenga estas edades que se ponga en contacto conmigo tambien.

PD. Pienso que os puede venir bien para que veais en persona como se hacen estas tecnicas de investigacion cualitativa.

Saludos cordiales,
Alicia Botello

[anterior](#) | [siguiente](#)

[Cerrar esta ventana](#)

ANEXO V. CORREO ELECTRÓNICO DE CONFIRMACIÓN DE GRUPO DE DISCUSIÓN

Mensaje

[anterior](#) | [siguiente](#)

[Responder](#) [Responder a todos](#) [Reenviar](#) [Imprimir](#) [Eliminar](#)

Asunto: GRUPO DE DISCUSION

De: [Alicia Botello Hermosa](#) 

Enviado: 25 de noviembre de 2011 18:39

Para: GRUPO 10 ESR; GRUPO 8 ESR

CC:

CCO:

Se informa a las participantes que el grupo de discusion sera el proximo miercoles 30 de noviembre a las 18 h en el seminario de materno infantil.

Saludos cordiales, muchas gracias

Alicia Botello

[anterior](#) | [siguiente](#)

[Cerrar esta ventana](#)

This ad is supporting your extension [Bookmark Sentry](#): [More info](#) | [Privacy Policy](#) | [Hide on this page](#)

ANEXO VI. GUION PARA LA REALIZACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES

Buenas tardes, me llamo Alicia Botello. Quisiera agradecerles su asistencia y la participación en este proyecto. La duración del grupo de discusión será de aproximadamente 1 hora. Le hemos convocado porque estoy haciendo una investigación para mi tesis doctoral relacionada con las creencias que existen, en el pasado o en la actualidad, sobre los ciclos vitales femeninos. Creencias sobre la menstruación, la lactancia, la menopausia etc. Todo ese mundo simbólico que nos han transmitido de forma oral. Me interesa recopilar todas estas creencias, lo que implicaban y lo que suponían y suponen en nuestras vidas.

Con la dinámica de esta reunión, planteamos que usted aborde el tema libremente, que plantee sus opiniones y vivencias como punto de partida y luego iremos concretando las diferentes creencias. Participen libremente y espontáneamente.

Solicito permiso para videgrabar el grupo de discusión y así recoger todas las intervenciones y poner tener todo lo que se ha dicho. Queda garantizada la confidencialidad de todas las intervenciones, siendo yo la única depositaria del material videgrabado.

Ruego intervengan cada vez que lo deseen pero intentando no solapar el discurso de otras compañeras para que después se pueda escuchar bien.

¿Qué creencias conocemos sobre los ciclos vitales femeninos? Los ciclos vitales femeninos van desde la menarquia (primera menstruación), etapa fértil (embarazos o no, lactancia materna o no) menopausia (fin de la menstruación).

Según Izabella Rohlf, Carme Borrell y M. C. Fonseca la salud de mujeres y de hombres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos que se manifiestan de forma diversa en la salud y en los riesgos de enfermar en cada uno. Desigual porque hay otros factores, explicados en parte por el género, que afectan de manera injusta a la salud de las personas⁴²⁹. Resulta evidente que a la hora de hacer estudios de las mujeres es importante complejizar la situación de las mismas y no caer en el error de homogeneizarlas en la categoría abstracta de ‘mujer’, en un único grupo de ‘mujer’ frente a un único grupo de ‘hombre’.

Las mujeres, al igual que los hombres, están diferenciadas entre sí por otra serie de factores estructurantes como su clase social, su etnicidad, su tipo de familia, etc., y habría

⁴²⁹ Izabella Rohlf, Carme Borrell y M. C. Fonseca, “Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos”, Girona, *Gaceta Sanitaria*, 14 (Supl.3), 2000, p. 60.

que analizar cómo esa conjunción de variables está afectando a su situación concreta como ciudadanas en sociedades modernas, con el objetivo de no homogeneizar a todas las mujeres dentro de un mismo grupo en función únicamente del sexo. La introducción de la perspectiva de género en el análisis de la salud implica reconocer que existen distinciones en el estado de salud de mujeres y hombres, que trascienden las diferencias biológicas y que son construidas socialmente

¿Qué creencias han escuchado sobre la menstruación y quienes la decían?

¿Qué suponían, las seguían? Remedios caseros.

Creencias sobre el embarazo.

Ideas, creencias sobre la lactancia materna

Ahora me gustaría introducir el tema de la menopausia.

ANEXO VII. CÓDIGOS UTILIZADOS

CÓDIGOS SUSTANTIVOS

A mi suegra, que le han dado q..

Actitud ante creencias de menstruación

Actitud ante la menarquia

Actitudes (hábitos)

Agua caliente

AMAS DE CRÍA

Aseo parcial

Ataque de animales culebras pantano

Ataque del lagarto

BAÑARSE

Caerse de la azotea

Caerse de sitios

Calores

Cepillos cuerdas de jabalí

Comentarlo en familia

Conocimientos (información)

CREENCIAS

Creencias embarazo

CREENCIAS EN EL EMBARAZO

Creencias menopausia

CREENCIAS MENSTRUACIÓN

Creencias sobre la menstruación Sahara

Creencias sobre la menstruación Rumania

Cuidados durante la lactancia

Desconocimiento de todo

Desconocimiento menarquia

Desconocimiento menarquia susto

De niña a mujer

El agua es incompatible con la sangre

El chorizo no sale bien

El cuerpo ya no funciona como antes

EMBARAZO

Embolia

Embolia y quedarse parálitica

En el pueblo había una mujer q..

En Montellano hay una chavala...

Eran ignorantes

Es una sangre que la ha rechazado el cuerpo...

Escupir si se ve a alguien feo

Estar en un pueblo de Extremadura..

Estar impura

Estar impura durante la menstruación

ESTRATEGIAS

Estrategias en el embarazo

Estrategias en la menstruación

Estrategias en la lactancia materna

Estrategias en la menopausia

Explicación de las prohibiciones

Explicación propia

Expresión popular

Expresión popular menarquia

Falta entendimiento expresión popular

Formarse quistes, tumores

Fuente de la transmisión de las creencias

Fumar y beber alcohol

Ginebra

HABLAR DE LA MENARQUIA MADRE HIJA

Hasta que no bautizas el niño...

Hermanos de leche

Información menstruación

Información menarquia

Información menstruación colegio

Información por iguales

La carne no sale bien

La mujer menstruante estropea el vino

Lactancia materna

Lavarse la cabeza

Lo de la lactancia yo ya ni me...

Mayonesa se corta

Menarquia

Menstruación como tóxica

Miedo ataque culebra de pantano

Miedo en la menstruación

MIEDOS

Miedos lactancia materna

Mujer impura con la menstruación

Mujeres y bodegas

Nadie me había dicho y en el c...

NO ASUSTARSE

No bañarse

NO COMER COSAS ÁCIDAS

No comer espárragos

No comer remolachas

No cortarle el pelo a nadie

No helados

No lavar la cabeza

No mojarse los pies

No puedes bañarte

No recoger frutos

No regar las plantas

No se podían tener relaciones sexuales

No se puede amasar el pan

No se puede hacer tartas

No sirven para nada

No sube la masa

NO TENER RELACIONES SEXUALES

No tocar a un recién nacido

No tocar los bocoys

No tocar plantas

No tomar fruta acida

No, puede ser de día, pero es,...

Con la regla me decían eso, “no...

OPINIÓN PERSONAL

Osteoporosis

Paños higiénicos

Partos en las casas

Peligros mujer menstruante

Peligro bicha que mama

Pérdida de atractivo sexual

Piscina

Polvo de talco

Plantas: “halba” y “ljama”, sie...

Playa

Por ejemplo, dicen que si lo b...

Porque yo por ejemplo yo le he...

Preparación parto en casa

PROHIBICIÓN DE BAÑARSE EN EL PUERPERIO

Prohibición de entrar en la iglesia

Prohibición de tocar a recién nacidos

Prohibición en la menstruación

Prohibición participar en la matanza

PROHIBICIONES

PROHIBICIONES EN EL EMBARAZO

Prohibiciones en la menstruación

Prohibiciones Sáhara

Prohibido entrar en las bodegas

Prohibido tocar el vino

Prohibido tocar los bocoys

Prohibición de ducharse

Quedarse tonta

Recién nacidos y visitas

Recordar que se está embarazada cuando se ve algo feo

Red de solidaridad de lactancia materna

Remedios naturales

Remedios naturales dismenorrea

Representaciones

Relación de la sangre menstrual como impura y tóxica. También relacionado con los calores-fríos del cuerpo

Sangre menstrual sucia

Sangre rechazada por el cuerpo

Se ensucia a un recién nacido si se toca

Se están poniendo viejas

Se le cae el pelo

Secarse en la menopausia

Sí. Estas prohibiciones eran f..

Signos de la menopausia

Silencios

SINÓNIMOS DE MENSTRUACION

Síntomas menopausia

Sucia

SUSTOS EN EL EMBARAZO

Tabú

Tabú menarquia

Tirar agua en un sitio limpio

Transmisión a las hijas

Un recién nacido todas las noc...

Vahos de manzanilla después del periodo

Vergüenza

Vino se convierte en vinagre

ANEXO VIII. FAMILIAS DE CÓDIGOS UTILIZADAS

HU: Experiencias ciclos vitales 16

File: [C:\Documents and Settings\pdi\Mis documentos\Experiencias ciclos vitales 16.hpr5]

Edited by: Super

Date/Time: 21/02/12 13:04:24

Code Family: ACTITUDES

Created: 21/01/12 00:00:58 (Super)

Codes (5): [Actitud ante la creencia] [actitud ante la menarquia] [Actitudes (hábitos)] [De niña a mujer] [Informacion por iguales]

Quotation(s): 15

Code Family: CONOCIMIENTOS (informacion)

Created: 30/01/12 09:44:14 (Super)

Codes (15): [comentarlo en familia] [conocimientos (informacion)] [De niña a mujer] [desconocimiento menarquia] [desconocimiento menarquia susto] [Explicacion propia] [fuente de la transmision de las creencias] [Infomacion menstruacion] [Informacion menarquia] [Informacion menstruacion colegio] [Informacion por iguales] [menstruacion como tema tabu] [OPINION PERSONAL] [tabú menarquia] [transmision a las hijas]

Quotation(s): 79

Code Family: CREENCIAS

Created: 20/01/12 23:53:26 (Super)

Codes (50): [BAÑARSE] [calores] [CREENCIA] [CREENCIAS] [creencias embarazo] [creencias menopausia] [CREENCIAS MENSTRUACION] [Creencias sobre el embarazo] [creencias sobre la menstruacion sahara] [CREENCIAS_1] [CREENCIAS_2] [cuidados durante la lactancia] [De niña a mujer] [El agua es incompatible con la sangre] [el cuerpo ya

no funciona como antes] [Embolia y quedarse parálitica] [En el pueblo había una mujer q..] [En Montellano hay una chavala ..] [es una sangre que la ha rechaz..] [Escupir si se ve a alguien feo] [estar impura] [Fumar y beber alcohol] [hasta que no bautizas el niño ..] [La mujer menstruante estropea el vino] [lactancia materna] [Lavarse la cabeza] [Lo de la lactancia yo ya ni me..] [menarquia] [menstruacion como tema tabu] [Menstruacion como tóxica] [mujer impura con la menstruacion] [mujeres y bodegas] [osteoporosis] [Partos en las casas] [perdida de atractivo sexual] [Preparacion parto en casa] [recien nacidos y visitas] [recordar que se esta embarazada cuando se ve algo feo] [s comentan que durante la menstruacion hay algunas cosas que no se podian hacer.Relacion de la sangre menstrual como impura y tóxica. Tambien relacionado con los calores-frios del cuerpo.] [sangre menstrual sucia] [sangre rechazada por el cuerpo] [se ensucia a un RN si se toca,] [se estan poniendo viejas] [se le cae el pelo] [secarse en la menopausia] [signos de la menopausia] [sucia] [tirar agua en un sitio limpio] [un recién nacido todas las noc..] [Vino se convierte en vinagre]

Quotation(s): 111

Code Family: EMBARAZO

Created: 15/02/12 17:01:12 (Super)

Codes (12): [creencias embarazo] [Creencias sobre el embarazo] [Escupir si se ve a alguien feo] [estrategias en el embarazo] [Fumar y beber alcohol] [hasta que no bautizas el niño ..] [Partos en las casas] [Preparacion parto en casa] [prohibicion de tocar a recién nacidos] [recien nacidos y visitas] [recordar que se está embarazada cuando se ve algo feo] [se ensucia a un RN si se toca,]

Quotation(s): 22

Code Family: ESTRATEGIAS

Created: 19/01/12 18:08:47 (Super)

Codes (27): [AMAS DE CRIA] [Aseo parcial] [comentarlo en familia] [Escupir si se ve a alguien feo] [ESTRATEGIAS] [estrategias en el embarazo] [estrategias en la menstruacion] [estrategias en la lactancia materna] [estrategias en la menopausia] [estrategias lactancia materna] [ESTRATEGIAS_1] [ginebra] [hermanos de leche] [lactancia materna] [Paños higienicos] [Participar en la matanza] [Partos en las casas] [Plantas: “halba”y “ljama”, sie..]

[Preparacion parto en casa] [recien nacidos y visitas] [recordar que se está embarazada cuando se ve algo feo] [red de solidaridad de lactancia materna] [remedios naturales] [remedios naturales dismenorrea] [tirar agua en un sitio limpio] [un recién nacido todas las noc..] [Vahos de manzanilla despues del periodo]

Quotation(s): 72

Code Family: EXPRESIONES POPULARES

Created: 21/01/12 00:02:01 (Super)

Codes (4): [De niña a mujer] [expresion popular] [expresion popular menarquia] [falta entendimiento expresion popular]

Quotation(s): 25

Code Family: LACTANCIA MATERNA

Created: 15/02/12 17:05:10 (Super)

Codes (10): [cuidados durante la lactancia] [estrategias en la lactancia materna] [estrategias lactancia materna] [Fumar y beber alcohol] [hermanos de leche] [lactancia materna] [Lo de la lactancia yo ya ni me..] [miedos en la lactancia] [No tomar fruta acida] [red de solidaridad de lactancia materna]

Quotation(s): 23

Code Family: MENOPAUSIA

Created: 15/02/12 17:07:52 (Super)

Codes (8): [a mi suegra, que le han dado q..] [creencias menopausia] [el cuerpo ya no funciona como antes] [estrategias en la menopausia] [perdida de atractivo sexual] [se estan poniendo viejas] [secarse en la menopausia] [signos de la menopausia]

Quotation(s): 29

Code Family: MENSTRUACION

Created: 15/02/12 16:55:21 (Super)

Codes (87): [Aseo parcial] [ataque de animales culebras pantano] [ataque del lagarto]

[BAÑARSE] [comentarlo en familia] [conocimientos (informacion)] [CREENCIAS MENSTRUACION] [creencias sobre la menstruacion sahara] [De niña a mujer] [desconocimiento menarquia] [desconocimiento menarquia susto] [El agua es incompatible con la sangre] [el chorizo no sale bien] [embolia] [Embolia y quedarse parálitica] [En el pueblo había una mujer q..] [En Montellano hay una chavala ..] [es una sangre que la ha rechaz..] [Escupir si se ve a alguien feo] [estar impura] [Estar impura durante la menstruacion] [estrategias en el embarazo] [estrategias en la menstruacion] [expresion popular menarquia] [falta entendimiento expresion popular] [Formarse quistes, tumores] [ginebra] [Informacion menarquia] [Informacion menstruacion colegio] [Informacion por iguales] [la carne no sale bien] [La mujer menstruante estropea el vino] [Lavarse la cabeza] [Mayonesa se corta] [menarquia] [menstruacion como tema tabu] [Menstruacion como tóxica] [miedo en la menstruacion] [mujer impura con la menstruacion] [mujeres y bodegas] [Nadie me había dicho y en el c..] [NO ASUSTARSE] [No bañarse] [NO COMER COSAS ACIDAS] [no comer espárragos] [no comer remolachas] [No cortarle el pelo a nadie] [no helados] [no lavar la cabeza] [no puedes bañarte] [No regar las plantas] [no relaciones sexuales] [No se podían tener relaciones sexuales] [no se puede amasar el pan] [no se puede hacer tartas] [no sube la masa] [NO TENER RELACIONES SEXUALES] [no tocar a un recién nacido] [no tocar los bocoys] [no tocar plantas] [on la regla me decían eso, “no..] [Paños higienicos] [Participar en la matanza] [Piscina] [Plantas: “halba”y “ljama”, sie..] [playa] [prohibicion de entrar en la Iglesia] [prohibicion de tocar a recién nacidos] [prohibicion en la menstruacion] [prohibiciones en la menstruacion] [prohibiciones sahara] [Prohibido entrar en las bodegas] [prohibido tocar el vino] [prohibido tocar los bocoys] [puedes ducharte] [quedarse tonta] [remedios naturales dismenorrea] [s comentan que durante la menstruacion hay algunas cosas que no se podian hacer.Relacion de la sangre menstrual como impura y tóxica. Tambien relacionado com los calores-frios del cuerpo.] [sangre menstrual sucia] [sangre rechazada por el cuerpo] [se ensucia a un RN si se toca,] [sucia] [tabú menarquia] [tirar agua en un sitio limpio] [transmision a las hijas] [Vahos de manzanilla despues del periodo] [Vino se convierte en vinagre]

Quotation(s): 173

Code Family: MIEDOS

Created: 20/01/12 23:59:19 (Super)

Codes (24): [ataque de animales culebras pantano] [ataque del lagarto] [desconocimiento

menarquia] [desconocimiento menarquia susto] [el chorizo no sale bien] [embolia]
 [Embolia y quedarse parálitica] [En el pueblo había una mujer q..] [En Montellano hay una
 chavala ..] [estar en un pueblo de Extremadu..] [Formarse quistes, tumores] [la carne no sale
 bien] [Mayonesa se corta] [menstruacion como tema tabu] [Menstruacion como tóxica]
 [miedo ataque culebra de pantano] [miedo en la menstruacion] [MIEDOS] [miedos en la
 lactancia] [NO ASUSTARSE] [pérdida de atractivo sexual] [quedarse tonta] [se le cae el
 pelo] [Vino se convierte en vinagre]

Quotation(s): 56

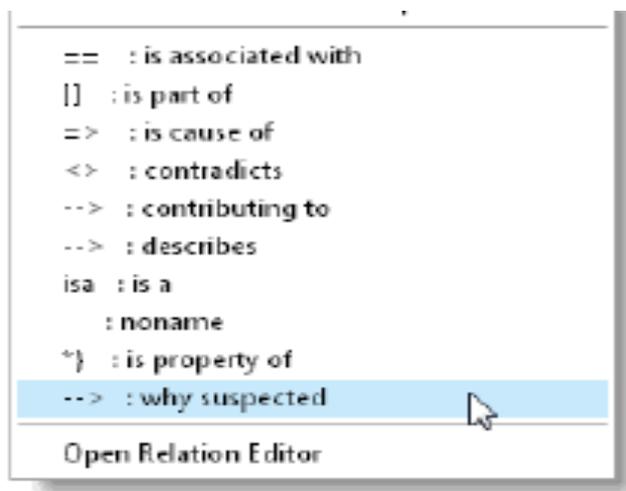
Code Family: PROHIBICIONES

Created: 20/01/12 23:57:45 (Super)

Codes (39): [Lavarse la cabeza] [NO ASUSTARSE] [No bañarse] [NO COMER
 COSAS ACIDAS] [no comer espárragos] [no comer remolachas] [No cortarle el pelo a
 nadie] [no helados] [no lavar la cabeza] [no puedes bañarte] [No regar las plantas] [no
 relaciones sexuales] [No se podían tener relaciones sexuales] [no se puede amasar el pan]
 [no se puede hacer tartas] [no sirven para nada] [no sube la masa] [NO TENER
 RELACIONES SEXUALES] [no tocar a un recién nacido] [no tocar los bocoys] [no tocar
 plantas] [No tomar fruta acida] [No, puede ser de día, pero es,..] [Participar en la matanza]
 [Piscina] [playa] [prohibicion de entrar en la Iglesia] [prohibicion de tocar a recién nacidos]
 [prohibicion en la menstruacion] [Prohibicion participar en la matanza]
 [PROHIBICIONES] [prohibiciones en la menstruacion] [prohibiciones sahara]
 [PROHIBICIONES_1] [PROHIBICIONES_2] [Prohibido entrar en las bodegas]
 [prohibido tocar el vino] [prohibido tocar los bocoos] [Si. Estas prohibiciones eran f..]

Quotation(s): 62

ANEXO IX. RELACIONES SIMBÓLICAS UTILIZADAS EN LAS REPRESENTACIONES ENTRE CÓDIGOS.



ANEXO X. RELACIÓN ENTRE CITAS, CÓDIGOS Y FAMILIAS (ADJUNTO EN CD).

ANEXO XI. ANÁLISIS DE CONTENIDO DE LAS ENTREVISTAS CON ATLAS -TI (ADJUNTO EN CD)

ANEXO XII. TRANSCRIPCIONES (ADJUNTO EN CD)

