

LA MENSTRUACIÓN ¿MIEDOS DEL PASADO?

Alicia Botello Hermosa

Antropóloga y enfermera. Profesora de la Escuela de Enfermería de Osuna (Sevilla)

alimagna@hotmail.com

RESUMEN

En el presente artículo se hace una revisión y un análisis de las principales creencias y miedos de mujeres de la provincia de Sevilla acerca de la menstruación. 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. 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. El enfoque de la investigación ha sido el conocimiento de la salud y de sus prácticas desde el punto de vista de las mujeres que han participado en ella. Al ser, por esta razón, un estudio subjetivista, para descubrir cuáles son sus creencias, prácticas, recursos fortalezas y estrategias ante las mismas, la metodología elegida ha sido la cualitativa. Lo que destacamos y estimamos muy importante, es que estas creencias erróneas todavía siguen arraigadas en muchas mujeres. Creencias cuyo origen está en la consideración de la sangre de la menstruación como impura y tóxica. Aún hoy, en muchos casos, la menstruación es vivida como trauma.

Palabras claves:

Salud, mujer, género, ciclos vitales, creencias, menstruación, miedos, metodología cualitativa, educación.

INTRODUCCION

Los estudios de las mujeres y la investigación feminista en todas las disciplinas, son una realidad que se ha consolidado en el seno de las universidades¹. Según Izabella Rohlfs, 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 de los sexos; desigual porque hay otros factores, explicados en parte por el género, que afectan de manera injusta la salud de las personas². 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’. El desarrollo del llamado «*enfoque de género en salud*» es un fenómeno

¹ Victoria Sau Sánchez. *¿Adónde va el feminismo. Reflexiones feministas para principios de siglo.* Colección de Cuadernos inacabados:Editorial Horas y Horas; Madrid 2000.

² Izabella Rohlfs, Carme Borrell y M. C. Fonseca. *Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos:Gaceta Sanitaria; Girona, 14 (Supl. 3), 2000, p. 60.*



reciente: a mediados del siglo xx diversas autoras feministas hablan por primera vez de la construcción social de las diferencias sexuales. El término «género» se puede definir como *constructo* social que pone de manifiesto las convenciones culturales, los roles y los comportamientos sociales que diferencian a las mujeres y los hombres y, por tanto, intenta diferenciar 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 al enfoque de género es el análisis de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta que este análisis revela la existencia de desigualdades. Por tanto, el enfoque de género en salud trasciende del campo de la «salud de las mujeres». Una visión de género, lejos de olvidar a los hombres, los incluye como elemento esencial en las relaciones de poder y desigualdad que afectan a la salud de todos, tanto hombres como mujeres³. Es muy importante resaltar que el género debe entenderse como un concepto relacional. Son las relaciones de género y sus cambios dentro de diferentes contextos los factores que deberían centrar los análisis, así como las diferencias en las realidades e intereses dentro de los colectivos masculinos o femeninos. Aparte de las diferencias anatómicas, hormonales o cromosómicas existentes entre mujeres y hombres, las cuales pueden desembocar en diversas condiciones de salud y enfermedad, hombres y mujeres tienen condiciones de existencia diferentes⁴.

Puesto que en este trabajo también se utiliza el término “mujeres”, es necesario señalar que dicho colectivo no es homogéneo, sino que expresa una gran variabilidad tanto en la forma como en el fondo, albergando en su seno diferencias que, cuando se niegan o se desconocen, pueden agravar las desigualdades al actuar simultáneamente con las diferencias derivadas del rol que la sociedad les atribuye. La médica y antropóloga María Luz Esteban⁵ 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.

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 pensar 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 sólo hecho de serlo. De acuerdo con ello es importante destacar que el uso generalizado de los términos mujer o mujeres ha dado al colectivo que pretende denominar un carácter unitario que no posee.

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. Cuando las diferencias en

³ Informe SESPAS 2004

⁴ Esther Castaño- López et al, *Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005)*. Rev Española Salud Pública 2006, Vol.80, N°6, p.706

⁵ Mari Luz Esteban. *El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud*. En *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 3, 1, 2003, pp. 22-39.

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. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud 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*”⁶.

Hoy, transcurridos más de cincuenta años desde la adopción de dicho texto, según la política de la Organización Mundial de la salud 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. Tales desigualdades se corresponden con lo que la OMS denomina inequidades, atribuyéndoles una dimensión moral y ética por ser innecesarias, evitables e injustas y, por ello, no deben ser toleradas. El *análisis de género*, por lo tanto, define, analiza e informa las medidas encaminadas a hacer frente a las desigualdades que se derivan de los distintos papeles de la mujer y el hombre, a las desiguales relaciones de poder entre ellos, y las consecuencias de esas desigualdades en su vida, su salud y su bienestar. La sociedad asigna diferentes papeles al hombre y a la mujer en distintos contextos sociales. Los roles ocupacionales y familiares son primordiales en la vida de la mayoría de los adultos y por lo tanto 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. El género actúa como una determinante estructural, influenciando los resultados de la salud mental y física, tanto de las mujeres como de los hombres. A mayor rigidez en el desempeño de los roles de género más tensiones pueden llegar a producir las distancias entre las idealizaciones y al realidad personal⁷.

Las enfermedades debidas a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres son inevitables; aún así, habría que insistir en estudiar las enfermedades y sus síntomas en cada uno de los sexos por separado, para no persistir en el error del modelo biologicista androcéntrico, y aplicar los resultados de las investigaciones a las mujeres sin centrarse exclusivamente en la esfera ginecológica (salud reproductiva). Sin embargo, las enfermedades debidas a las desigualdades de género son inconcebibles, porque por desgracia han estado tanto tiempo invisibilizadas que se han percibido como un fenómeno natural, de posible causa ‘biológica’ antes que ‘social’.

Podemos decir que la justificación sociológica de las diferencias biológicas que crean desigualdad social se debe a teorías como el determinismo biológico, el constructivismo y la interacción entre biología y cultura. Los resultados de numerosas investigaciones en este campo 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. Todos estos datos ayudan a afirmar

⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Constitución de la OMS*. Ginebra, 1960.

⁷ 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. Ministerio de sanidad y Consumo. Universidad Complutense de Madrid; 2007 p.20.

que eso que llamamos género varía de una sociedad a otra, como ya señaló la antropóloga norteamericana Margaret Mead⁸ en 1935, y que las diferencias de género se deben más a factores culturales que a características biológicas, lo que hace posible afirmar que hay más de dos expresiones culturales del género⁹. Siguiendo a Elsa Gómez¹⁰, el enfoque integrado de género implica, pues, la búsqueda de la equidad en salud entre mujeres y hombres, entendiendo por tal que unas y otros tengan las mismas oportunidades 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, y suprimir también los factores que las determinan. Según la filósofa Rosalía Romero Pérez¹¹, pretender fundamentar la desigualdad entre los sexos en el discurso filosófico es negar los principios fundamentales del Derecho natural y de la Metafísica, es decir, negar la unicidad del *espíritu humano*. Si, por el contrario, la desigualdad entre un hombre y una mujer pretende fundamentarse en la Historia nos remitiremos a la época de la esclavitud: el argumento de la Historia era esgrimido también para legitimar la organización social que dividía a sus hombres en libres y siervos.

Entre los elementos biológicos que diferencian a las mujeres de los hombres nos detendremos en la menstruación, reflejo de los cambios hormonales. La menstruación es uno de los fenómenos cíclicos de los seres humanos que pudieron observar los pueblos primitivos. Entre los enciclopedistas del siglo XVIII son raros 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 medieval¹². Se decía que impide la germinación de los cereales, agría los mostos, hace que las hierbas 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 posee la propiedad de disolver la cola de betún, con la que no puede ni siquiera el hierro. Las afirmaciones de este tipo formaron parte de la cultura del mundo rural.

Durante esa etapa histórica había una creencia algo más inquietante: el hijo engendrado durante las reglas será pelirrojo, con todas las connotaciones que eso comportaba entonces. Igualmente todo niño engendrado en estas circunstancias podía contraer la rubeola o la viruela, enfermedades provocadas por el esfuerzo que hace el joven organismo para purgarse de la sangre menstrual que podía estar contenida todavía en sus miembros porosos. Tras las huellas de Aristóteles, se cree que la mirada de la mujer menstruante opaca los espejos. Alberto Magno da una explicación científica al fenómeno: “*el ojo, miembro pasivo, recibe durante la regla el flujo menstrual y en virtud de las teorías galénicas y aristotélicas de la visión, altera el aire que transmite este vapor nocivo al cuerpo que se haya en contacto con él*”¹³.

Durante años su presencia ha permanecido oculta (la menstruación como fenómeno

⁸ Margaret Mead, *Adolescencia y cultura en Samoa*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1990.

⁹ Consuelo Flecha García. Género y Ciencia. a Propósito de los 'estudios de la Mujer' en las Universidades. Educación XXI Revista de la Facultad de Educación. Núm. 2. 1999. Pag. 223-244

¹⁰ Elsa Gómez Gómez. *Equidad, género y salud: retos para la acción*. Rev. Panam Salud Pública, 2002. Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500008&script=sci_arttext. Consultado: Mayo 2009

¹¹ 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>

¹² Claude Thomasset, “*La naturaleza de la mujer*”, en Historia de las mujeres. Volumen II. La edad media. Madrid, Ed. Taurus, 2006, p. 100.

¹³ *Ibidem*

invisible) y en muchos casos ha sido tabú para muchos pueblos que obligaban a sus mujeres a alejarse de las casas con la falacia de que su presencia durante la fase menstruante contaminaba los productos agrícolas y alteraba el crecimiento del ganado. De hecho, la mayoría de las mujeres hasta mediados del siglo XX quedaban embarazadas desde la primera menstruación en la adolescencia y casi no volvían a tener la menstruación durante su vida reproductiva, porque estaban embarazadas o en periodo de lactancia. Debido a este hecho sólo debían presentar trastornos de la menstruación las mujeres que por provenir de clases altas o por otras circunstancias no tenían sus primeros hijos hasta después de los veinte años¹⁴.

Todas estas ideas y creencias tan fuertemente arraigadas en distintas sociedades y en distintos momentos históricos, que condicionaron la vida de muchas mujeres y en ciertos aspectos la limitaron, nos pueden parecer extrañas y curiosas, observándolas desde una perspectiva muy lejana; pero sin embargo llegado a este punto nos preguntamos ¿siguen existiendo actualmente en nuestro entorno más cercano ideas erróneas acerca de la menstruación que limiten la vida de las mujeres que las crean?; ¿serán las mujeres de más edad las que sigan manteniendo estas ideas “del pasado”?

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde esta perspectiva, se ha realizado un estudio sobre mujeres de la provincia de Sevilla centrado en aspectos relacionados con sus ciclos vitales y concretamente con la menstruación. Los objetivos de la investigación fueron conocer en primera persona y en “su propia voz” las ideas y creencias acerca de la menstruación de las mujeres estudiadas; cómo la han vivido, cómo la viven, qué significa para ellas, con especial atención a las estrategias y recursos utilizados para el cuidado de su salud y sus ideas y creencias en torno la menstruación. Asimismo se ha analizado si las creencias han cambiado o si, por el contrario, se están siguiendo los moldes y cánones de las mujeres de antaño a este respecto. La historia de vida es la herramienta principal dentro del método biográfico y es la seleccionada para nuestra investigación junto con la entrevista en profundidad. Cuando en una investigación se pretende estudiar los procesos de construcción y reestructuración de identidades individuales, de grupo, de género, de clase, en un contexto social, como en nuestro caso, las historias de vida se convierten en una técnica cualitativa imprescindible. A través de ella se puede reconstruir la dialéctica persona-sociedad por medio del relato autobiográfico del cada protagonista. Dentro del marco de la intervención social ayudan a comprender la vida de las personas y los colectivos, las condiciones en que crecieron, se desarrollaron y tomaron sus decisiones, los factores históricos y psicosociales que influyeron en su entorno etc.¹⁵. En las historias de vida el investigador reconstruye la trayectoria vital de una persona a través de los relatos en primera persona (relatos de vida). La característica básica de la historia de vida es que el/la investigador/a es quien promueve que las personas elegidas elaboren el relato, sin que éste sea consecuencia de una decisión espontánea. Las historias de vida incluyen tanto experiencias destacadas de la trayectoria vital de una persona, como la visión que ésta tiene sobre las mismas; todo ello relatado en primera persona y con el propio lenguaje del sujeto. Es un documento muy completo porque refleja las

¹⁴ Carme Valls-Llobet, Julia Ojuel Solsona, Margarita Lopez Carrillo. *Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres*. En Programa de Formación de formadores/as en perspectiva de género en salud. Materiales didácticos. Ministerio de sanidad y Consumo. Universidad Complutense de Madrid;2007 p.8

¹⁵ Juan Manuel Delgado y Juan Gutiérrez, *El análisis de la realidad en la intervención social*, Madrid, Síntesis, 1999, p. 385.

condiciones externas e internas de la persona investigada. La mayor dificultad en este tipo de técnicas es encontrar a la persona que realmente cuente con las características de representatividad deseadas y, al mismo tiempo, esté dispuesta a contar su propia vida. No obstante, a pesar de la dificultad puntual de recogida de información, la riqueza documental obtenida acerca de las vivencias objetivas y subjetivas es incomparable con la obtenida con cualquier otra técnica de investigación.

Por el objeto de estudio -las ideas, recursos y estrategias de salud de las mujeres-, la investigación se ha centrado en aspectos socio-simbólicos, como son los valores, actitudes, representaciones mentales, miedos, etc. Este tipo de estudios suelen hacerse con relatos únicos (estudio de casos), o incluyendo varios casos aislados entre sí. Las investigaciones sociosimbólicas como la nuestra parecen estar más familiarizadas con los estudios de casos únicos o de pocos relatos, al requerir mayor profundización e interiorización personal. Las historias de vida realizadas en esta investigación son temáticas, ya que a partir de los relatos de vida de varias personas se ha rastreado acerca de un mismo objeto de estudio. Ésto último aporta riqueza informativa, contraste de informaciones, posibilidad de generalizaciones, etc....

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. Al ser un hecho probado que las desigualdades de género repercuten negativamente en la salud de las mujeres, nos parece muy interesante estudiar y analizar los recursos que han tenido y tienen las mujeres frente a la salud y enfermedad y las estrategias y las fortalezas para superar las limitaciones a las que se pudieran enfrentar. Así mismo, se busca conocer todas las creencias relacionadas con la salud y la enfermedad, las percepciones, las enseñanzas, los miedos y la evolución de estas creencias en el tiempo, relacionándolo con el contexto social y familiar de las mujeres entrevistadas. En palabras de 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”*¹⁶.

Para apoyar la investigación el estudio se ha basado en las ideas, creencias, miedos y temores sobre el proceso salud-enfermedad como categorías de análisis. Una creencia es una proposición simple, consciente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace. El contenido de una creencia puede descubrir 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), dicho contenido de la creencia se plasmará en una predisposición a la acción; y una actitud es un conjunto de predisposiciones para la acción relacionados entre sí u organizadas en torno a un objeto de situación.

En cuanto a la representatividad, en los estudios de casos únicos la regla general es seleccionar a un sujeto típico de un determinado grupo social a que se refiere la investigación. Este sujeto típico sería alguien a quien, reuniendo una serie de condiciones, se le podría tomar como representante de un determinado grupo social. Hemos de recordar que en los estudios cualitativos el término representatividad no ha de

¹⁶ Ibídem. p.132.

ser entendido en términos estadísticos y, por lo tanto, la muestra no se extrae en relación a unos niveles de confianza y error, sino de adecuación y significatividad.

Las cinco mujeres de la provincia de Sevilla que participaron en esta investigación estaban en un intervalo de edad comprendido entre los 30 y los 85 años. Las características y criterios que rigieron la elección de su perfil su residencia en la provincia de Sevilla y que hubieran nacido en la misma. No se planteó como criterio de selección la maternidad, ya que el fin del estudio no era conocer la salud reproductiva de las mujeres, sino las ideas acerca de la salud de las mujeres, tanto madres como no. Se seleccionaron mujeres de varias generaciones para poder hacer un estudio diacrónico de los discursos.

TABLA 1. Mujeres entrevistadas: edad y nivel de estudios

	EDAD	NIVEL DE ESTUDIOS
M1	65 AÑOS	SIN ESTUDIOS
M2	31 AÑOS	E.G.B
M3	84 AÑOS	BACHILLERATO
M4	42 AÑOS	EGB
M5	32 AÑOS	LICENCIADA

RESULTADOS

En las historias de vida y en las entrevistas realizadas y analizadas en esta investigación podemos observar que la menstruación es vivida por muchas mujeres aún hoy como un trauma. Los mitos han dotado a la mujer menstruante de cualquier clase de poderes sobrenaturales, desde curativos hasta destructivos. Las privaciones de acceso a ciertas actividades a que se les ha sometido durante muchos períodos han tenido múltiples efectos, tanto estigmatizantes como terapéuticos, condicionados por la vivencia negativa que obliga a la mujer a esconder la existencia del flujo menstruante como un acto sucio, impuro, incluso a veces como un acto de anomalía pecaminosa.

En dichos contextos, la mayoría de las ideas y creencias acerca de la salud de las mujeres son transmitidas de forma oral. Y aunque las fuentes orales siempre han sido tomadas con prevención por los historiadores y sometidas a crítica documental, se han utilizado desde el principio de la historia como ciencia. Antes del desarrollo de la escritura la tradición oral (los mitos, los ritos, las costumbres y la cultura material) era el único medio para la transmisión de información de una generación a otra. 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 la información de padres a hijos/as, madres a hijos/as, de generación a generación llegando hasta nuestros días y tiene como función primordial la de conservar los conocimientos ancestrales a través de los tiempos.

De las cinco entrevistadas, tres creían las erróneas algunas ideas acerca de la menstruación, entre las que podemos destacar las siguientes:

- a) Idea de que el agua es incompatible con el flujo menstrual. Es común en casi todas

las entrevistadas el tópico que consistía en que la sangre menstrual es incompatible con el agua y la creencia de que 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, ya que durante esos días no te puedes bañar ni lavar la cabeza, como si fuese una prohibición. En una entrevistada aparece incluso la idea de que durante esos días no te puedes duchar, sino sólo asearse. El miedo que algunas tienen a ducharse o bañarse durante la menstruación es debido a que:

- ◆ Piensan que si te bañas estando con la menstruación, se te “corta” y que cuando vuelve es muy doloroso.
- ◆ Se puede llegar a “perder la cabeza, a volverte loca” si te la mojas y te la lavas en estos días. En el testimonio de algunas entrevistadas se aprecia que ellas aceptan esta creencia y que además se las transmiten a sus hijas. *“Cuando estás con el periodo duchitas rápidas y pa fuera”*. Es interesante destacar del discurso de una de nuestras entrevistadas el relato de *“la mujer del pueblo que se volvió loca por bañarse con el periodo y salió corriendo de su casa desnuda por todo el pueblo”*, que sirve como ejemplo para infundir miedo al resto de las mujeres. Seguro que si empezamos a preguntar quién fue esa mujer nadie nos sabría contestar; es una figura imaginaria que va de boca en boca y que hace que siga perpetuándose esta creencia errónea.

Dado que se repite la idea de evitar a toda costa el agua durante la menstruación, por los peligros antes mencionados (se corta, vuelve en el siguiente periodo muy dolorosa, pero sobre todo el más importante, “perder la cabeza”, “volverse loca”), habría que preguntarse si dicho mito pudo surgir como mecanismo de presión para controlar el agua en los territorios eminentemente agrícolas y de pluviosidad limitada, como los municipios estudiados de la provincia de Sevilla. De esta forma, las mujeres durante estos días evitarían usar el agua, o a lo sumo, harían un uso muy escaso de ella.

- b) La sangre menstrual seca las flores. Otro miedo que ha existido en el pasado y que sigue presentes es que no se puede tocar la flor “porque se seca”. La creencia en el peligro de que se sequen las flores puede estar relacionado con la consideración de la sangre menstrual como impura y tóxica.
- c) La mujer menstruante y la alimentación. También es importante señalar la idea de que las mujeres menstruantes eran apartadas de los avíos de la matanza, no pudiendo estar presentes en ellas, “excusas” que algunas mujeres utilizaban, aunque no tuviesen el periodo, para “librarse” de esa actividad. Sobre la menstruación de la mujer y su posible efecto negativo en la confección de los derivados de la matanza, todas las mujeres entrevistadas han oído que sí le afecta a la misma. Para evitar esta circunstancia, se procuraba que no coincidieran ambas en el tiempo. El desangrar al cerdo suponía hacerle una herida y no taparla. La sangre que manaba no podía dejarse cuajar, por lo que las mujeres la echaban en un cubo y no dejaban de darle vueltas para elaborar productos derivados del cerdo. Probablemente la incompatibilidad de la menstruación y la matanza provenga de la inconveniencia de la mezcla de los flujos sanguíneos del animal y de la mujer. En una línea también relacionada con la alimentación aparece en el discurso la idea de no elaborar mayonesa durante la menstruación “porque se corta” debido al aumento de la temperatura corporal de la mujer menstruante.

Todas las mujeres que hemos entrevistado han vivido escuchando estas creencias, algunas de las cuales las tienen interiorizadas y las creen ciertas, otras se las cuestionan y otras no las creen. Esquemáticamente sería así:

Tabla 2. Creencias erróneas acerca de la menstruación.

	LAS CREE	LAS CREE CON DUDAS	CREE EN ALGUNAS SI Y EN OTRAS NO	NO LAS CREE
M1		x		
M2			x	
M3				x
M4	x			
M5				x

Con respecto a los dolores de la menstruación y la forma de actuar ante ellos, se utilizaba un recurso u otro dependiendo de la generación de la mujer estudiada, o incluso varios de ellos: cataplasmas, tumbarse en el suelo boca abajo, vino con azafrán, medicamentos, poleo menta, ginebra, etc.

Según Carme Valls-Llobet¹⁷, todavía hoy hay muchas mujeres que no buscan cuidados médicos frente al dolor de la menstruación, debido a la creencia generalizada tanto en los y las profesionales de la salud como en muchas mujeres de que estos dolores son “algo natural”. Se sabe sin embargo que la dismenorrea, o menstruación dolorosa, puede ser una manifestación de desequilibrios hormonales cuya causa debe investigarse y resolverse. También es un efecto derivado de las diferencias biológicas entre mujeres y hombres la pérdida de hierro que se produce durante la menstruación y durante el embarazo. Consecuencia de tal pérdida es la mayor deficiencia de este mineral y la mayor prevalencia de anemia ferropénica que se detecta en las mujeres frente a los hombres. Siguiendo a Carme Valls, “*esta deficiencia de hierro da lugar a manifestaciones generales de debilidad, cansancio, reducción del rendimiento en las tareas habituales o somnolencia que se combinan con síntomas y signos localizados en otros muchos órganos y sistemas del organismo (diversas afecciones de la piel, debilidad de pelos y uñas, alteraciones del sistema nervioso, alteraciones de la inmunidad, etc.). Por lo tanto, la presencia de niveles bajos de hierro en la mujeres debe ser detectada y tratada, haya o no anemia manifiesta, en lugar de pasarlo por alto aduciendo que es “normal en mujeres en edad reproductiva”*”.¹⁸

La menstruación es un hecho fisiológico que prepara cada mes el cuerpo para la concepción y el anidamiento, no es por lo tanto una maldición bíblica, y sus molestias no se han de vivir en silencio, porque en realidad, cuando se presentan fuera de los parámetros normales, sus características anómalas son claros indicadores de problemas de salud, de nutrición o de estrés físico y mental¹⁹.

¹⁷ Carmen Valls-Llobet, *Morbilidad en las mujeres jóvenes*. IV jornadas de la red de médicas y profesionales de la salud. Madrid 2002.

¹⁸ Ibidem

¹⁹ Ibidem

DISCUSION

Con respecto a las ideas, creencias, miedos y temores sobre la salud y las enfermedades de las mujeres de los municipios seleccionados es necesario subrayar que todo lo relacionado con sus ciclos vitales, 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. La aparición y pervivencia de dichas ideas y creencias falsas se debe, según nuestra interpretación, a dos motivos fundamentalmente: por un lado, la falta de formación de las mujeres, que les impide cuestionarse estas creencias; y por otro, quizás un sutil medio de manipulación social. Nos llama la atención cómo muchas de estas falsas creencias se transmitían y siguen haciéndolo de forma oral.

Debido a lo anteriormente expuesto llegamos a la conclusión que estas ideas falsas no son ideas del pasado “de la gente mayor”, sino que se trata de ideas tanto del pasado como del presente que aún están vivas, y que están en la mente de las mujeres más jóvenes y de las mayores, con poca formación y educación en este sentido. La educación tiene un efecto independiente, fuerte y poderoso sobre el estatus de salud. La educación de que disponen las mujeres a lo largo de la vida se traduce en estrategias o mecanismos de afrontamiento que permiten una vida menos estresante y debilitadora, que son positivos en sus efectos sobre la salud y el bienestar. Más años de educación pueden generar un sentido de eficacia y control y la habilidad de utilizarlos de manera que vivan una existencia más saludable²⁰.

La participación comunitaria es un proceso de autotransformación de las mujeres, en dónde estas deben desarrollar una responsabilidad con respecto a su salud, es decir, un compromiso y donde se les capacite para actuar en el desarrollo comunitario. Es evidente que cuando analizamos esta definición sobre participación comunitaria aparece la educación como elemento imprescindible para el proceso. Para Carmen García Gil, Ana Solano Parés y Manuela Álvarez Girón²¹, la participación comunitaria requiere el desarrollo de una serie de actitudes y habilidades que necesitan un proceso educativo por lo que no podemos hablar de participación sin educación. Requiere partir también de un concepto de salud distinto, donde la salud es un elemento integrante de la estructura social donde la vida tiene lugar y la falta de salud puede ser producto de la estructura económica y social del sistema político. Desde este planteamiento, la promoción de la salud adquiere un gran interés, priorizando su dimensión social y haciendo a las mujeres protagonistas y partícipes de la misma, presuponiendo que la salud surgirá de un cambio de las estructuras sociales y económicas que hagan posible la reducción de las desigualdades sociales ante la salud.

Bibliografía

²⁰ Hammond, J.M. *Multiple jeopardy or multiple resources? The intersection of Age, race, Living Arrangements, and Education level and the Health of Older Woman. Journal of Women and aging*, vol6 (3), 5-24 citado por Anna Freixas en “Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias” Anuario de Psicología 19967, nº73, 31-42, Universidad de Barcelona.

²¹ Carmen García Gil, Ana Solano Parés y Manuela Álvarez Girón. *Perspectivas en la salud de las mujeres: un enfoque epidemiológico en La educación de las mujeres: nuevas perspectivas* / coord. por Consuelo Flecha García, Marina Núñez Gil, 2000, p. 303-318

1. Victoria Sau Sánchez. *¿Adónde va el feminismo. Reflexiones feministas para principios de siglo*. Colección de Cuadernos inacabados: Editorial Horas y Horas; Madrid 2000.
 2. Izabella Rohlf, Carma Borrell y M. C. Fonseca. *Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos*: Gaceta Sanitaria; Girona, 14 (Supl. 3), 2000, p. 60.
 3. "INFORME SESPAS 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social" en http://www.sespas.es/ind_lib07.html
 4. Esther Castaño- López et al, *Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005)*. Rev Española Salud Pública 2006, Vol.80, N°6, p.706
 5. Mari Luz Esteban. *El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud*. En *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 3, 1, 2003, pp. 22-39.
 6. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Constitución de la OMS*. Ginebra, 1960.
 7. Isabel Martínez Benloch. *Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud*. En Programa de Formación de formadores/as en perspectiva de género en salud. Materiales didácticos. Ministerio de sanidad y Consumo. Universidad Complutense de Madrid; 2007 p.20.
 8. Margaret Mead, *Adolescencia y cultura en Samoa*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1990.
 9. Consuelo Flecha García. *Género y Ciencia. A propósito de los "Estudios de Mujer" en las Universidades*. Educacion XXI. Revista de la Facultad de Educacion. Núm. 2. 1999p. 223-244
 10. Elsa Gómez Gómez. *Equidad, género y salud: retos para la acción*. Rev. Panam Salud Pública, 2002. Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500008&script=sci_arttext.
 11. 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>
 12. Claude Thomasset, "La naturaleza de la mujer", en *Historia de las mujeres*. Volumen II. La edad media. Madrid, Ed. Taurus, 2006, p. 100.
 13. Juan Manuel Delgado y Juan Gutiérrez, *El análisis de la realidad en la intervención social*, Madrid, Síntesis, 1999, p. 385.
- Ibídem. p.132.
14. Carmen Valls-Llobet, *Morbilidad en las mujeres jóvenes*. IV jornadas de la red de médicas y profesionales de la salud. Madrid 2002.
 15. Hammond, J.M, Multiple jeopardy or multiple resources? The intersection of Age, race, Living Arrangements, and Education level and the Health of Older Woman. *Journal of Women and aging*, vol6 (3), 5-24
 16. Anna Freixas. "Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias" *Anuario de Psicología* 19967, n°73, 31-42, Universidad de Barcelona.
 17. Carmen García Gil, Ana Solano Parés y Manuela Álvarez Girón. *Perspectivas en la salud de las mujeres: un enfoque epidemiológico en La educación de las mujeres : nuevas perspectivas / coord. por Consuelo Flecha García, Marina Núñez Gil*, 2001.p. 303-318

