

## CREENCIAS POPULARES SOBRE LA MENSTRUACION Y EL TRABAJO.

**Botello Hermosa, Alicia.** Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla.  
[abotello@us.es](mailto:abotello@us.es)

**Garcia Romero, Gloria María.** [imagina@andaluciajunta.es](mailto:imagina@andaluciajunta.es)

**Cruz Dominguez, Inmaculada.** Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla.  
[icruz@us.es](mailto:icruz@us.es)

**Recio Campos, María del Carmen.** Escuela Universitaria de Enfermería Francisco Maldonado. Osuna. [mariacrc@euosuna.org](mailto:mariacrc@euosuna.org)

### RESUMEN

La menstruación sigue siendo vivida aún hoy por muchas mujeres como trauma, ya que todavía existen creencias populares en torno a la misma que pueden llegar a actuar como modificadores de la conducta. Quizás porque los mitos han dotado a la mujer menstruante con toda clase de poderes sobrenaturales, desde curativos hasta destructivos. El hecho de que durante ese periodo se les privase de acceso a ciertas actividades tuvo múltiples efectos, tanto estigmatizantes como terapéuticos, condicionados por la vivencia negativa que obliga a las mujeres a esconder la existencia del flujo menstruante porque se consideraba que era sucio, impuro o tóxico. En esta investigación se ha planteado conocer las creencias populares de las mujeres relacionadas con la menstruación y con el trabajo. El enfoque ha sido el conocimiento de estas creencias y de sus prácticas desde el punto de vista de las propias mujeres. Al ser, por esta razón, un estudio subjetivista la metodología elegida ha sido la cualitativa, con el objetivo de descubrir cuáles son sus creencias, practicas, recursos fortalezas y estrategias.

### PALABRAS CLAVES

Creencias populares, mujeres, menstruación, perspectiva de género, salud, desigualdades, ciclos vitales, medio rural, trabajo.

### INTRODUCCION.

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. La idea general mediante la que se diferencia “sexo” de “género” es que el sexo queda determinado por la diferencia sexual inscrita en el cuerpo, mientras que el género se relaciona con los significados que cada sociedad le atribuye. El término *género* (OMS, 2002) 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 pero aprenden a ser niños y niñas que se convierten en hombres y mujeres. Este comportamiento aprendido compone la identidad de género y determina los papeles de los géneros. 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 mujeres (Money, 1955). 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, habían sido educados de acuerdo con un sexo que no correspondía con el suyo (Stoller, 1968).

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; movimiento que 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 ciencia. 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 (1998), los Estudios de Género: “*Se refieren al segmento de la producción de conocimientos que se han ocupado de las significaciones atribuidas al hecho de ser varón o ser mujer en cada cultura y en cada sujeto*”.

Desde este criterio descriptivo y siguiendo los planteamientos de Mabel Burín 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, que no sólo produce diferencias entre los géneros masculino y femenino, sino que a su vez, estas diferencias implican desigualdades y jerarquía entre ambos sexos.

El 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 relaciones de poder y de desigualdad que afectan a la salud de todos, tanto hombres como mujeres. Son las relaciones de género y sus cambios dentro de diversos contextos los factores que deben centrar los análisis, así como las diferencias en las realidades y en los intereses que caracterizan a los colectivos masculinos o femeninos (Informe SESPAS, 2004). Esto, además de las diferencias anatómicas, hormonales o cromosómicas existentes entre mujeres y hombres, las cuales pueden desembocar en diversas condiciones de salud y de enfermedad, pues en virtud de ellas hombres y mujeres tienen condiciones de existencia diferentes (Castaño-López et al, 2006, p.706).

Como punto de partida 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, cuando se niegan o se desconocen, pueden agravar las desigualdades al actuar simultáneamente con las derivadas del rol que la sociedad les atribuye. María Luz Esteban (2003) 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.

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 estructura global más compleja. Para autores como Fernando Conde, el análisis de esta estructura compleja debe poner de manifiesto el estatus diferencial de mujeres y hombres en nuestra sociedad, la relación de poder entre los sexos, los estereotipos y los estigmas sociales. Adicionalmente debe permitir conocer cómo desde ambas visiones de 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. (Conde, 1994). 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, la cual permite visibilizar y reconocer las situaciones potenciales de desigualdad y de discriminación que se producen cuando no se entra en ese análisis.

Entre los elementos biológicos que diferencian a las mujeres de los hombres está la menstruación, reflejo de los cambios hormonales. La menstruación ha sido uno de los fenómenos cíclicos de los seres humanos que pudieron observar ya los pueblos primitivos. Durante años su existencia ha permanecido oculta y, en muchos casos, ha sido tabú para numerosos 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, con la primera menstruación en la adolescencia quedaban embarazadas, y casi no volvía a presentarse la menstruación durante su vida reproductiva, pues tenían continuos embarazos o estaban en periodo de lactancia. Debido a este hecho, sólo debían experimentar los ciclos 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 años (Valls-Llobet et al, 2007)

La sangre menstrual ha constituido el objeto de estudios y de reflexiones que han mostrado, en las creencias populares, la supervivencia de un pensamiento muy próximo a la tradición medieval. Líquido que nutre al embrión, puede ejercer una acción particularmente nociva sobre el medio de la mujer menstruante. A partir de San Isidoro de Sevilla, las menstruaciones se relacionan con el ciclo lunar a través de la etimología pues en griego la luna recibe el nombre *mene*. Se afirmaba unánimemente 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. (Thomasset, 2006, p.100)

Según Thomasset estas creencias partían de que en la membrana que rodea al feto se elaboraba un sistema de canales. Una vez formado el hígado del embrión, que es el órgano de donde procede 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 no es otra cosa que la sangre menstrual que ha sufrido una fuerte coacción, toma el relevo. De esta forma tiene lugar una transición en la alimentación. 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 coacción, son expulsados en

forma de sangre menstrual. 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 medieval. Se decía que impide la germinación de los cereales, agria 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.

La menstruación refleja la armonía de la diferencia y se manifiesta de forma equilibrada si el entorno es también armónico. De hecho, las condiciones de vida y trabajo influyen de modo directo en dicha armonía y en sus trastornos posteriores. El análisis de las conductas de algunos pueblos, como los indios mohicanos que demostraban su respeto hacia las mujeres ofreciéndoles comida y alejándolas de los trabajos duros durante la menstruación, es un ejemplo de respeto a la diferencia, en lugar de la abolición de la misma, por intervenciones directas hormonales y agresivas sobre el cuerpo de las mujeres (Valls-Llobet,2007). Pero no en todas las culturas ha sido así.

Todas estas creencias y temores relacionados con la menstruación que subrayamos se transmitían de forma oral todavía están presentes en la mentalidad de muchas mujeres, aunque cada vez más cuestionadas. 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. Antes del desarrollo de la escritura la tradición oral; los mitos, los ritos, las costumbres y la cultura material eran los únicos medios 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 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.

## **MATERIALES Y METODOS**

En esta investigación se ha planteado conocer las creencias populares de las mujeres relacionadas con la menstruación y con el trabajo. El enfoque ha sido el conocimiento de estas creencias y de sus prácticas desde el punto de vista de las propias mujeres. Al ser, por esta razón, un estudio subjetivista la metodología elegida ha sido la cualitativa, con el objetivo de descubrir cuáles son sus creencias, prácticas, recursos fortalezas y estrategias. Esta información se ha obtenido a través de la metodología cualitativa, cada vez más utilizada en el campo del diagnóstico de la salud por su capacidad para explicar los hallazgos obtenidos en el análisis cuantitativo.

La metodología cualitativa 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. Según Manuel Amezcu (2000) *“el abordaje cualitativo de los problemas de salud no es sólo 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”.*

Se han utilizado como técnicas de recogida de información la historia de vida y la entrevista en profundidad. La historia de vida es la herramienta principal dentro del método biográfico. 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 ellas 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. (Delgado, Gutierrez, 1999). Las historias de vida, como relatos o casos únicos, pueden constituir las estrategias de investigación central de un estudio, como es el caso del nuestro. La investigación se ha centrado en aspectos socio-simbólicos, como son los valores, actitudes, representaciones mentales, miedos etc. Este tipo de estudios se suelen elaborar con relatos únicos (estudio de casos) o incluyendo varios casos aislados entre sí. Las investigaciones socio-simbólicas 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 del relato de vida de varias personas se ha rastreado acerca de un mismo objeto de estudio, lo que aporta riqueza informativa, contraste de informaciones, posibilidad de generalizaciones, etc.... Como toda técnica cualitativa de obtención de informaciones, la historia de vida es un proceso flexible y abierto en el que se realiza un proceso de producción y de reflexión constante durante el que progresivamente se van analizando los datos obtenidos. La entrevista biográfica es la herramienta más utilizada en la confección de las historias de vida. El grado de directividad de la entrevista biográfica variará dependiendo del objetivo de la investigación y del volumen de la muestra (número de personas a entrevistar). Para nuestro estudio se ha realizado la entrevista abierta semidirectiva, porque al tener como objetivo las vivencias subjetivas de los individuos, se necesita de un clima de mayor libertad, espontaneidad y reflexividad de las entrevistadas.

Se realizó un guión organizado teniendo en cuenta las etapas del ciclo vital humano: infancia, adolescencia-juventud, edad adulta y vejez; etapas que, a su vez, se desglosaban en puntos importantes para la investigación. Este guión nos facilitaba la orientación de la entrevista biográfica hacia nuestros objetivos y nos servía de hilo argumental. Se optó por esta estructura del guión temporal para observar en la propia vida de cada mujer la evolución experimentada con respecto al tema de la salud en ella misma, y que además nos sirviera para compararla con las otras. Las informantes más jóvenes nos hablaron de sus propias experiencias hasta la edad adulta, y después se refirieron a la etapa de la vejez de otras mujeres que conocían de su entorno, con lo que se ha enriquecido el estudio.

## **PARTICIPANTES**

Las cinco mujeres que participaron en esta investigación pertenecían a edades comprendidas entre los 30 y los 85 años. Mujeres del mundo rural, hábitat que para

Benjamín García-Sanz (1999) 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 intensa interacción con su territorio y muchas veces dependiendo de él, creando por tanto importantes elementos de homogeneidad e identidad en medio de la diversidad de sus habitantes.

Las características y criterios que rigieron la elección de su perfil fue que vivieran en un pueblo eminentemente rural (o que hubieran vivido en ellos gran parte de su vida). No se planteó como criterio de selección el que estas mujeres fuesen madres, 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 con respecto a la menstruación. Se seleccionaron mujeres de varias generaciones para tener la posibilidad de hacer un estudio diacrónico de los discursos.

Las cinco entrevistadas, por motivos de anonimato se nombrarán con la sigla M numerada del 1 al 5. Son las siguientes; de la Rinconada, una mujer de 65 años (M1) y otra de 30 (M2); de Écija, una mujer de 86 años (M3); de Osuna, una de 31 años (M5) y otra de 44 (M4). Los tres municipios pertenecen a la provincia de Sevilla.

Mujeres	Edad	Nivel de estudios	Municipio	Profesión
M1	65 años	Sin estudios	La Rinconada	Ama de casa/Agricultura
M2	31 años.	E.G.B	La Rinconada	Limpieza/Comercio
M3	84 años.	Bachiller	Ecija	Ama de casa
M4	42 años.	E.G.B	Osuna	Limpieza/Agricultura
M5	32 años.	Licenciada	Osuna	Profesora

**Tabla 1. Mujeres entrevistadas: edad, nivel de estudios, municipio y profesión.**

## RESULTADOS Y DISCUSION

En este estudio se ha podido constatar que algunos mitos e ideas erróneas relacionados con la menstruación aún están presentes en el discurso de muchas mujeres, y cómo ellas mismas se los cuestionan. Creencias cuyo origen está en la consideración de la sangre de la menstruación como impura y tóxica. Lo que destacamos y creemos muy importante, es que estas creencias erróneas todavía siguen arraigadas en muchas mujeres. 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:

*“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 pero...” (M1)*

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, ya que durante esos días no te puedes bañar ni lavar la cabeza. En una entrevistada, existe incluso la idea de que no se puede duchar, sino sólo asearse. Piensan que si te bañas estando con la menstruación, se te “corta” y que cuando vuelve es muy doloroso, incluso se puede llegar a perder la cabeza:

*“Cuando se estaba con el periodo mi madre decía que ¡anda, anda, una duchita rápida y pa fuera! Es que con el periodo tiene que ser así, una ducha rápida, te enjabonas rápida pa ca y pa ya 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)*

Para algunas mujeres se consideraba tabú el trabajar, estando con el periodo, en los avíos de la matanza:

*“Yo nunca he escuchado ningún peligro asociado a la menstruación... yo sí había escuchado, pero me reía, que no se podía tocar nada de la matanza porque se estropeaba. Mi familia hacía matanzas porque tenían campos y yo recuerdo que se comentaba... ¡lo bueno es tener el periodo los días en que hay matanza porque así no se hace nada! , porque la matanza se ponía mala... pero es más tópico que otra cosa”. (M5)*

Esta creencia de prohibición de trabajar a la mujer en los avíos de la matanza cuando está con el periodo puede tener su origen en la consideración de la sangre de la menstruación como impura y tóxica, y su miedo de que se pueda unir con los derivados de la matanza contaminándolos. En este testimonio podemos observar que aunque ha escuchado y conoce esta creencia popular que impide a las mujeres que están con la menstruación participar en la preparación de los derivados del cerdo, M5 no se la cree.

Sin embargo, la creencia popular que más aparece en los discursos de las entrevistadas relacionado con el trabajo y que se repite en tres mujeres, dos del mismo municipio, La Rinconada, y una de Osuna -ambos 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)*

Percibimos cómo la entrevistada nos narra la “leyenda” con verdadero temor<sup>1</sup>: 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]. Cuando yo era jovencita y trabajaba en la aceituna, mi madre me decía que cuando tuviera el periodo me tenía que poner unas cuerdas atá a las piernas pa que no me trepara el lagarto por las piernas y me subiera. Ella 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 por el lagarto porque me decía ¡ten cuidado, ten cuidado! cuando estés con el periodo”.*  
(M4)

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” cuando estaban trabajando en el campo.

---

<sup>1</sup> 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 de encontrárselo en el campo y de que la ataque.



En relación a esta creencia, de forma esquemática podríamos presentar las ideas a este respecto de las mujeres entrevistadas, de la siguiente forma:

	<b>LA CREE</b>	<b>LA CREE CON DUDAS</b>	<b>NO LA CREE</b>	<b>NO LA HA ESCUCHADO</b>
<b>M1</b>	X			
<b>M2</b>	X			
<b>M3</b>				X
<b>M4</b>	X			
<b>M5</b>				X

**Tabla 2. Peligro del ataque del lagarto.**

M1. Si lo ha escuchado y lo cree. Ella de joven trabajaba en el campo, que era el origen de esta creencia, por lo que la tiene muy interiorizada, de hecho incluso nos llegó a decir que los había visto. Cuando trabajaba, nunca se alejaba de las otras mujeres de la cuadrilla si tenía el periodo, por miedo a que le atacará el lagarto y allí sola en medio del campo nadie le pudiera asistir. Nos transmite temor al contarle.

M2. Si lo ha escuchado y lo cree. Ella nunca ha trabajado en el campo, es empleada del hogar, pero si ha escuchado esta creencia en casa. Sus padres trabajaban en el campo.

M3. No lo ha escuchado. Ningún familiar ha trabajado en el campo.

M4. Si lo ha escuchado y lo cree. De hecho cuando trabajaba en el campo (hace aproximadamente unos 10 años) se ponía unas cuerdas atadas a las piernas si estaba con el periodo para evitar que el lagarto le trepara por las piernas. Este consejo se lo dio su madre para evitar que el lagarto le trepase.

M5. No lo ha escuchado. Es del mismo pueblo que M4 y sin embargo nunca lo ha escuchado.

## **CONCLUSIONES**

En las historias de vida y en las entrevistas realizadas y analizadas en esta investigación podemos observar testimonios muy interesantes sobre la salud vivida por mujeres rurales; sobre sus ideas, creencias y miedos acerca de la misma, sobre las prácticas, beneficios y estrategias utilizadas.

Tras esta mirada a la salud de las mujeres en el medio rural desde el punto de vista de ellas mismas, de “sus propias voces” como protagonistas de su propia salud y de la de aquellas personas a las que cuidan en su familia y en el entrono, llegamos a las siguientes conclusiones:

- Con respecto a las ideas, creencias, miedos y temores sobre la salud y las enfermedades de las mujeres, es necesario subrayar que todo lo relacionado con sus ciclos vitales ha estado lleno de ideas y de creencias falsas en la mayoría de las ocasiones; las cuales, en algunos casos, todavía se mantienen en la actualidad, como ponen de manifiesto los comentarios expresados.
- Determinados miedos de las mujeres de antes siguen existiendo, aunque las entrevistadas afirman que son menos visibles hoy en día, como por ejemplo en el caso del lagarto; otros están casi superados, aunque no del todo, como serían los referentes a la menstruación.
- Muchas mujeres jóvenes de hoy en día se cuestionan estas creencias populares, las ponen en duda, pero no tienen la certeza de que son erróneas porque las han escuchado desde niñas en sus casas, en los comentarios de sus madres y de otras mujeres, al igual que sucedió cuando sus madres eran jóvenes. Es muy importante subrayar que estas ideas erróneas no están relacionadas con la edad, ya que la entrevistada mayor, M3 (84 años), jamás ha creído en ninguna de estas ideas, a diferencia de M1 (65 años), más joven, que las cree profundamente, por lo que le han condicionado y, en cierto aspecto, le han limitado su vida; entre otros aspectos, en los relacionados con el trabajo, debido a la creencia del lagarto que atacaba a la mujer menstruante.
- En las mujeres jóvenes encontramos casos parecidos, mientras que M5 (32 años) considera estas creencias ridículas, aún habiéndolas escuchado con frecuencia en casa; para ellas son algo anecdótico y motivo de risa. En el caso de M2 y M4 (30 y 42 años respectivamente), las creen rigurosamente, ambas las practican y, en ese sentido, podemos afirmar que les limitan la vida. En estas mujeres, M2 y M4, se aprecia cómo todavía siguen sosteniendo creencias erróneas sobre la menstruación, además de que aparecen nuevos temores e ideas falsas relacionadas con el cáncer de mama, de útero, etc.
- Muchas de estas creencias erróneas se han divulgado de forma oral, y aún hoy siguen difundiéndose de esa forma, pasando casi siempre de madres a hijas. M4 se las trasmite-enseña a su hija de 12 años, sobre todo las cuestiones relacionadas con la higiene (los peligros de “perder la cabeza” al lavársela estando con el periodo, por ejemplo). Sí se observa, sin embargo, una evolución positiva en la comunicación entre mujeres. Por ejemplo hace treinta y cinco años las mujeres no hablaban entre ellas de “cosas de mujeres”; en la actualidad, por el contrario, existe mucho menor misterio a este respecto.
- Las mujeres han estado sometidas durante muchos años a miedos y a presiones falsas. Creemos que actualmente no debería de ser ya así; antes tampoco, por supuesto, pero hoy día, cuando ha quedado demostrada su falsedad, aún menos. Si bien, como se ha expuesto en párrafos anteriores, los miedos y las creencias erróneas del pasado aún siguen vigentes en algunas mujeres; lo mismo que hoy en día aparecen nuevas parcelas que pueden originar también confusión, como son las relacionadas con la menopausia, con el cáncer de útero y de mama.
- La escasez de conocimientos precisos se debe, según nuestra interpretación, fundamentalmente a dos motivos: por un lado, a una falta de formación en salud de las mujeres, que les impide cuestionarse este tipo de creencias; y por otro

lado, a una posible utilización de esa ignorancia como un sutil medio para crear dependencia, para evitar requerimientos, en cierta medida, de manipulación social.

- 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 así contribuir a posteriori a una buena promoción de la salud.
- Foucault confiere al saber una forma de poder y de control que ejercen aquellas personas que lo detectan, las cuales lo activan en las relaciones sociales que establecen, haciendo de él un instrumento de poder. De acuerdo con ello, las mujeres, que han sido excluidas mediante el sistema sexo-género de un protagonismo en las relaciones sociales y en el saber, arrastran un desconocimiento de su propio cuerpo, de las características de la sexualidad y hasta de los procesos de reproducción. Por lo tanto, este saber es un dispositivo de poder del cual carecen, y que tiende a mediatizar la relación que establecen con todo lo concerniente a su vida reproductiva.
- Entendemos que esta situación se produce vinculada a falta de formación, y particularmente de formación sanitaria. Consideramos que se debería incidir en este aspecto, y hacer a las mujeres las verdaderas protagonistas de su salud. Hemos constatado que están poco formadas en educación para la salud, lo que se antoja fundamental para el bienestar, tanto de ellas como de sus familias y, por ende, de la colectividad. Entendiendo la educación sanitaria 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. Es importante destacar la importancia de los factores externos al individuo, los cuales condicionan en grado sumo su comportamiento. La ignorancia de estos factores externos y la no promoción de los cambios necesarios, han sido la causa principal del fracaso de muchos programas de educación sanitaria.
- Creemos fundamental proporcionar educación sanitaria a las mujeres a partir de la edad adolescente, ya que desde la menarquía pueden darse ideas erróneas (como las que hemos descubierto en la investigación) y permanecer en la mente de las mujeres durante todo su ciclo vital y reproductivo. Estimamos muy importante la modificación, en sentido favorable, de los conocimientos, actitudes y comportamientos de la salud de las mujeres, ya que dicha modificación no es más que un vehículo para el cambio de comportamientos.

## **BIBLIOGRAFIA**

AMEZCUA MARTINEZ, MANUEL (2000). “El Laboratorio de Investigación Cualitativa en Salud”. En *Index de Enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, IX, nº 28-2, pp. 41-44.

BURIN MABEL Y MELER IRENE (1998). *Género y familia. Poder, amor y*

*sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Paidós. Buenos Aires.

CASTAÑO-LOPEZ ESTHER ET AL (2006). “Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005)”. En *Revista Española Salud Pública*, Vol. 80, Nº 6, p. 706.

CONDE, FERNANDO (1994). *Informe sobre la Salud y la Mujer en la Comunidad de Madrid*. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid.

ESTEBAN MARI LUZ (2003). “El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud”. En *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 3, 1, pp. 22-39.

GARCÍA SANZ, BENJAMIN (1999). *La sociedad rural ante el siglo XXI*. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Madrid.

INFORME SESPAS 2004: *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social* disponible en [http://www.sespas.es/ind\\_lib07.html](http://www.sespas.es/ind_lib07.html)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2007). Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Política de la OMS en materia de género, 2002. Complutense de Madrid.

MONEY-ANKE, J. EHRHARDT, A (1982). *Desarrollo de la sexualidad humana*. Editions Morta, Madrid.

STOLLER, ROBERT. “Sex and Gender”. New York: *Science House*, 1968, y “Masculin ou féminin?” Paris: PUF, 1989. 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.

THOMASSET, CLAUDE (2006). “La naturaleza de la mujer”, en *Historia de las mujeres*. Volumen II. La edad media.: Ed. Taurus. Madrid.

VALLS-LLOBET, CARMEN ET AL (2007). *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.

