

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE URACCAN



Monografía

**Mitos y Realidades relacionados a la Salud de las Mujeres del
área urbana del Municipio de Siuna, Periodo 2011.**

**Para optar al título de: Licenciados en Ciencias Sociales con mención en
Desarrollo Local**

**AUTORA/OR: Gladys Guadalupe Acevedo Alvarado
Mateo Centeno Vidagrues**

TUTORA: MSc. Angélica Leonor Ruiz Calderón

Siuna, Julio 2012

**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
URACCAN**

Monografía

**Mitos y Realidades relacionados a la Salud de las Mujeres del
área urbana del Municipio de Siuna, Periodo 2011.**

**Para optar al título de: Licenciatura en Ciencias Sociales con mención en
Desarrollo Local**

**AUTORA/OR: Gladys Guadalupe Acevedo Alvarado
Mateo Centeno Vidagrues**

TUTORA: MSc. Angélica Leonor Ruiz Calderón

Siuna, Julio 2012

A DIOS Y A LA VIRGEN MARIA: Por ser el camino, la verdad y la vida y por haberme dado la fortaleza, la salud, la sabiduría, y el interés de estudiar y poder cumplir mis sueños.

A MIS PADRES: Por apoyarme en todo cuanto hizo falta para que yo me sintiera tranquila y con ánimos para seguir adelante. Muchas gracias mamá y papá por inyectarme sus fuerzas y su valor para conseguir este objetivo.

A MI HERMANA: Por el apoyo moral, que con cariño siempre me brindo.

A MI FAMILIA: Por los sabios consejos que me dieron para que yo pudiera culminar mi carrera con éxito.

A MI TUTORA: MSc. Angélica Leonor Ruiz Calderón, por el apoyo incondicional en la revisión previa de la investigación y su gran comprensión durante los momentos que me ausentaba.

Gladys Guadalupe Acevedo Alvarado

A DIOS: Por haberme dado, la salud, la sabiduría, y el interés de estudiar y poder cumplir mis sueños.

A MIS PADRES: por su gran amor y apoyo incondicional que me brindaron, cuando más los necesitaba.

A MIS HERMANOS: Por el apoyo moral, que con mucho cariño me brindaron

A MI TUTORA: MSc. Angélica Leonor Ruiz Calderón, por el apoyo incondicional y su gran comprensión, estando en cada momento revisándome la investigación monográfica.

Mateo Centeno Vidagrues

AGRADECIMIENTOS

Muchas han sido las personas que de manera directa e indirecta nos han ayudado en la realización de nuestra Monografía.

Primeramente a Dios: por habernos dado la fuerza, la sabiduría, la dirección, el entendimiento y la dedicación en todo momento para culminar nuestro trabajo monográfico.

A La Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense URACCAN Siuna, por ofrecernos la oportunidad de acceder a los estudios superiores que esta ofrece, especialmente a la Carrera de Ciencias Sociales con Mención en Desarrollo Local.

A Nuestra tutora, Msc. Angélica Leonor Ruiz Calderón, por su apoyo, dedicación, conducción, y paciencia, dirigiéndonos por el camino correcto de la investigación.

Al Centro de Estudios de Información de la Mujer Multiétnica (CEIMM-URACCAN) Siuna, por habernos beneficiado con la Beca Monográfica a través de **FOKUS-SAIH.** Porque sin el apoyo que nos ofrecieron no habiéramos concluido nuestro trabajo monográfico.

Al Cuerpo de Docente de la Universidad, que estuvieron incansablemente durante cinco largos años en las aulas de clases, frente a nosotros, brindándonos todos sus conocimientos, su apoyo en todo momento, sus consejos, y especialmente, el pan de la sabiduría día a día, hasta culminar con éxito nuestros estudios Universitarios, porque de no ser así no habiéramos concluido nuestra carrera.

Al grupo de mujeres que entrevistamos de los Barrios Gilberto Romero y Gaspar García Laviana, que nos brindaron toda la información necesaria, con mucha paciencia, para analizarla y luego realizar este informe con el cual nosotros culminamos nuestra carrera y obtendremos nuestro Título de Licenciatura. Así como también al director del centro de Salud Carlos Centeno y enfermeras que nos brindaron información.

A las compañeras bibliotecarias de la URACCAN, que nos proporcionaron toda la bibliografía necesaria en la formulación del marco teórico, que en algunos momentos nos indicaban algunos documentos que nos podían facilitar la búsqueda de la información completa para nuestro estudio.

INDICE GENERAL

CONTENIDO	PAGINAS
Dedicatoria	i
Agradecimientos.....	iii
Índice General.....	iv
Índice de Anexos.....	v
Resumen.....	vi
I. INTRODUCCION.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
III. MARCO TEORICO.....	4
3.1 Generalidades.....	4
3.2 Principales mitos y realidades en relación a la salud de las mujeres.....	7
3.3 Actitudes de las mujeres frente a los Problemas de salud.....	19
3.4 Incidencia de las prácticas culturales en la salud de las mujeres.....	24
IV. METODOLOGIA.....	30
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
5.1 Principales mitos y realidades en relación a la salud de las mujeres.....	34
5.2 Actitudes de las mujeres frente a los Problemas de salud.....	42
5.3 Incidencia de las prácticas culturales en la salud de las mujeres.....	48
VI. CONCLUSIONES.....	52
VII.RECOMENDACIONES.....	53
VIII.LISTA DE REFERENCIAS.....	54
IX.ANEXOS.....	57

INDICE DE ANEXOS

Contenidos

ANEXO N° 1. Guía de Entrevista a mujeres del municipio de Siuna

ANEXO N° 2. Guía de entrevista al director del centro de salud Carlos Centeno.

ANEXO N° 3. Guía de entrevista a enfermeras que brindan atención a las mujeres en el centro de salud.

RESUMEN

El estudio sobre mitos y realidades relacionados a la salud de las mujeres, fue realizado en los barrios Gilberto Romero y Gaspar García Laviana del municipio de Siuna – RAAN. Se hace un abordaje general de los principales mitos y realidades, las actitudes que este grupo adopta ante los distintos problemas de salud y la incidencia de las prácticas culturales.

Este estudio fue guiado bajo el paradigma cualitativo de carácter descriptivo y exploratorio porque se obtuvo información relacionados al tema, ya que no contábamos con esta información en nuestro municipio, con un enfoque feminista. La técnica empleada fue la entrevista y la observación como método.

Nuestras fuentes de información fueron las mujeres de los barrios en estudio entre las edades de 18 a 65 años, amas de casa, estudiantes, trabajadoras en instituciones del estado, el Delegado y enfermeras del centro de salud Carlos Centeno del municipio de Siuna.

Los resultados obtenidos en este estudio indican que:

Los principales mitos y realidades en relación a la salud de las mujeres están fundamentalmente sobre los métodos anticonceptivos, embarazos, menstruación, cáncer de mama, examen del Papanicolaou, la menopausia. Estos siguen siendo transmitidos a sus hijas como una herencia cultural. Las realidades nos indican que las mujeres viven estos mitos según el problema de salud que estén enfrentando.

En cuanto a las actitudes de las mujeres ante los problemas de salud: Las mujeres expresaron que; han sido el estado de la disposición nerviosa y mental, a partir de las vivencias y estado dirigida a frustraciones, miedo, enojo, tristeza, negación de la enfermedad, angustia de muerte, desesperanzas, depresión, nerviosismo, la que adquieren una cierta predisposición que les permite responder ante los estímulos.

En lo que respecta a la incidencia de las prácticas culturales en la salud de las mujeres se puede concluir que son una realidad según el modelo de atención en salud intercultural MASI-RAAN; debido a que la salud y la enfermedad son dos conceptos internos de la cultura. En donde la cultura moldea el comportamiento de las personas que presentan determinados problemas de salud.

I. INTRODUCCIÓN

En América Latina, las mujeres han sido vulnerables tanto en salud, bienestar físico, mental y social a lo largo del ciclo de vida influyendo directamente los mitos del patriarcado dando por desapercibido la realidad de los mismos. Si estas mujeres logran romper los mitos del patriarcado sería un factor decisivo para su salud, el bienestar de la familia, de las personas, las comunidades y a la vez un requisito para el desarrollo con equidad dado a que las personas tienen derecho a saber todo sobre su entorno de forma equitativa y eficiente. La sociedad en su conjunto debe garantizar que nadie quede excluido en saber sobre mitos y realidades que influyen en la salud de las mujeres **(Medel y Díaz, 1996, p. 45)**.

En Nicaragua producto de los mitos existentes se han agrandado los problemas de salud de las mujeres en diferentes niveles de nuestra sociedad, dado que en su mayoría se refugian en mito. Ya que estas crecen con la mentalidad de que solamente son para reproducirse limitándolas así de un sin número de derechos ignorando los principios básicos de cuidados y respeto de su propio cuerpo. Las mujeres constituyen uno de los sectores poblacionales más afectados por procesos de desigualdades y discriminaciones que se expresan en condiciones de vida marcadas por la violencia, el abandono y el bajo nivel de autoestima **(CEPAL/CELADE, 2002, p. 2)**.

En cuanto a nuestra Región Autónoma Atlántico Norte, los mitos que influyen en la mentalidad de algunas mujeres es producto de las culturas, tradiciones y el bajo nivel de educación ya que ellas se preocupan constantemente de cuidar la salud de las demás personas, sobre todo de sus hijos e hijas, dejando su propio cuidado en último lugar producto del patriarcado que en su entorno se ejerce diariamente. Según estimaciones realizadas en países pobres, las mujeres pasan entre 9 y 21 años de su vida cuidando niños y niñas pequeñas **(Villavicencio, 2003, p 54)**.

En nuestro municipio de Siuna las mujeres no están exentas de enfrentarse con diversos problemas de salud producto de los mitos inculcados por herencia cultural, por la permanencia en nuestras vidas de patrones patriarcales, entre otros.

Los y las profesionales de la salud, como cualquier integrante de una determinada comunidad, tienen ciertas creencias, mitos y tradiciones relacionadas con las mujeres, algunos de los cuales les impiden tomar conciencia de la gravedad del problema y reconocer su responsabilidad como personas comprometidas con la salud y con la vida **(Ibíd)**.

Como investigadores valoramos la importancia de la realización de este estudio sobre los mitos y realidades en la salud de las mujeres de los Barrios Gilberto

Romero y Gaspar García Laviana del municipio de Siuna, porque además que no existe un estudio sobre esta temática, como profesionales de las Ciencias Sociales, sabemos que los hallazgos servirán para que esta población objeto de estudio puedan reflexionar, echar una mirada a estas prácticas, que en todo momento les ha estado lesionando sus principales derechos, tanto salud física como emocional

Y sin ánimos de reemplazar estas prácticas, pretendemos y deseamos crear la inquietud, para ir descubriendo muchas verdades escondidas y nos cegamos ante tales eventualidades, permitiendo en cada práctica que hacemos, legitimar cada día el patriarcado, desconociendo la afectación del desarrollo de nuestra sociedad.

La interrogante que guio este estudio fue:

¿Cuáles son los mitos y realidades relacionados a la salud de las mujeres de los Barrio Gilberto Romero y Gaspar García Laviana del Municipio de Siuna?

II.OBJETIVOS

GENERAL

- Analizar los mitos y realidades relacionados a la salud de las mujeres de los Barrios Gilberto Romero y Gaspar García Laviana del municipio de Siuna, periodo 2011.

ESPECÍFICOS

- Describir los principales mitos y realidades en relación a la salud de las mujeres.
- Referir actitudes de las mujeres frente a los problemas de salud.
- Determinar la incidencia de las prácticas culturales en la salud de las mujeres.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Generalidades

Es importante iniciar con algunos conceptos que están estrechamente relacionados al trabajo investigativo sobre los mitos y realidades que tienen las mujeres de su propia salud.

La salud de la mujer, está determinada por las diferencias biológicas y sociales, el hecho de pertenecer a uno u otro sexo tiene gran impacto en la salud. La salud de la mujer es especialmente preocupante porque en muchas sociedades se encuentran en una situación de desventaja por la discriminación condicionada por factores socioculturales.

Algunos de los factores socioculturales que impiden que las mujeres se beneficien de servicios de salud de calidad y alcancen el máximo nivel posible de salud son las desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres; las normas sociales que reducen las posibilidades de recibir educación y encontrar oportunidades de empleo; la atención exclusiva a las funciones reproductoras de la mujer, y el padecimiento potencial o real de violencia física, sexual y emocional.

Todo mito es un conjunto de creencias, fuertemente cargadas de afectividad, que tienen la pretensión de ser verdades. Generalmente los mitos se encuentran envueltos en la superstición y son alimentados por la tosquedad y se expanden tanto lateralmente -por miembros del mismo grupo social- como verticalmente, difundidos y reproducidos por las autoridades en posición de educar. Es falso creer que los mitos son sostenidos por gente no educada. Es un mito más. Algunos profesionales sostienen errores y creencias que se van infiltrando de generación en generación, traspasando niveles educativos, en todas las edades y espacios socio-económicos.

a) Salud

Este concepto es por excelencia el mejor indicador de las condiciones de bienestar, las que justifican todo quehacer social, incluyendo la finalidad de las actividades de producción.

La salud o la enfermedad es así el resultado de esa relación dinámica y de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económicos sociales, que se dan en la sociedad como producto del accionar del ser humano frente a la producción, distribución y consumo de la riqueza social en las condiciones de su entorno natural, físico, biológico y social. Por lo tanto la salud se constituye como un producto social, en la medida que es un resultante y depende de las acciones que realizan, a favor o en contra, los diversos actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de las poblaciones (**OPS-OMS, s/f, p. 12**).

b) 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.

c) Mitos

Recientes trabajos en el campo de la intervención y las organizaciones de mujeres nos llevan a entender que es interesante profundizar en el conocimiento de los mitos. Algunos estudiosos de mitos realizan una reinterpretación de las concepciones sociales en la que se desarticulan los mitos patriarcales de la feminidad y la maternidad que complementa todas aquellas intervenciones de fortalecimiento psicológico y social de la mujer (**Felson, 2002, p.75**).

Los [mitos](#) son historias sagradas elaboradas por [el hombre](#) primitivo para explicar su realidad, el origen del mundo, [animales](#), [plantas](#) y el [hombre](#), transmitidas de generación en generación, en donde los protagonistas son seres divinos. Estas historias definen y justifican el mundo y ubican a la humanidad respecto a la creación. Al consolidarse la civilización, los mitos que sirvieron para crearla, pueden ir perdiendo su importancia original hasta convertirse en meras supersticiones o pasatiempos. Aunque conservara la fuerza inherente del tiempo en el que fueron creados. Las mitologías atesoran toda la poesía la pasión de que es capaz la mente humana (**Gómez, 1997, p. 54**).

En nuestras culturas existe una serie de creencias, mitos y prejuicios con respecto a la sexualidad y sus diferentes dimensiones. Cuando hablamos de mitos, nos estamos refiriendo a aquellas explicaciones o interpretaciones falsas, como mentiras, que se han transmitido o heredado por generaciones, a tal punto que se llegan a considerar como verdades naturales y aceptables. Los mitos además determinan el comportamiento y los pensamientos de las personas, por lo que pueden afectar o poner en riesgo tu vivencia de la sexualidad. Por eso es muy importante que puedas identificar y cuestionar estas falsas creencias (**Perea, 1997, p.17**).

Producto de los mitos relacionados a la salud de las mujeres, este grupo puede adoptar actitudes positivas o negativas según el problema de salud que estén enfrentando. Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las

integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí **(Felson, Óp. Cit, 2002, p.45)**.

Existen tres tipos de componentes:

Componente cognitivo: es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto **(Ibíd)**.

Componentes afectivos: son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto **(Ibíd)**.

El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto estos pueden ser positivos o negativos **(Ibíd, p.46)**.

Componente conductual: son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto **(Ibíd)**.

En efecto, el énfasis de una persona con actitud positiva se centra en aquello que posee en lugar de ocuparse de lo que carece. Así, la actitud mental positiva tiene injerencia en la salud psíquica fomentando sentimientos que trasuntan bienestar y placidez **(Ibíd, p.49)**.

Por el contrario, la actitud negativa es fuente inagotable de sinsabores y sentimientos derrotistas. En general, las personas cuando sufren depresión adoptan este tipo de postura frente a la vida. Básicamente, una persona con actitud negativa enfoca su atención en aquello que carece y que necesita: salud, dinero, amor, etc. Por legítimas que puedan ser estas aspiraciones, lo cierto es que enfocarse en las carencias no nos llevará a eliminarlas, sino que por el contrario, puede crearnos otras **(Ibíd)**.

Méndez (2003) sostiene que todas las personas, sin importar la raza, tienen sus propias creencias y prácticas relativas a la salud. Cada sociedad o comunidad tiene su forma peculiar de hacer sus cosas y se sabe que estas prácticas y creencias recorren un largo camino para influir en la gente la percepción, actitud y manejo de enfermedades y otros problemas relacionados con la salud que les afectan **(p.250)**.

Muchas de las prácticas culturales han contribuido a perpetuar y aumentar la prevalencia de ciertas enfermedades y problemas de salud en centro américa. Sin embargo, no todas las prácticas son malas. Muchos se han resistido siglos y, de hecho promover la salud. La mayoría de estas prácticas negativas se deben a la ignorancia y la falta de disponibilidad de mejores alternativas. Se deben hacer esfuerzos para fomentar las prácticas que promueven la salud, a través de la

provisión de información y mejores servicios de salud, desalentar a aquellos que dañan la salud humana **(Ibíd)**.

Se puede deducir que las prácticas culturales afectan a su salud ya sea positiva o negativamente dependiendo de las prácticas vigentes. Además, la salud de las personas afecta a su desarrollo científico y económico, y viceversa. Por otro lado, la cantidad de desarrollo científico y tecnológico de un pueblo comanda en gran medida, las prácticas culturales que prevalecen entre ellos. Esto es porque cuando el deseable no está disponible, la disposición se convierte en el deseable **(Ibíd, p.251)**.

3.2 Principales mitos y realidades en relación a la salud de las mujeres

Muchos son los mitos relacionados a la salud de las mujeres de los que a continuación se describen:

a) Mitos y realidades sobre los métodos anticonceptivos

Arango (1984, p.84) sostiene que los mitos sobre los métodos anticonceptivos es que estos no pueden ser creíbles porque la mujer puede estar planificando y siempre sale embarazada, dentro de estos se encuentran los siguientes:

La lactancia es un método anticonceptivo: pero en **realidad** como método anticonceptivo no funciona principalmente en aquellas mujeres que sólo alimentan a su bebé con leche materna **(Ibíd)**.

En cuanto a la píldora del día después es un buen método anticonceptivo: La píldora del día después es un anticonceptivo de emergencia. Pero en **realidad** no es confiable porque muchas mujeres que la han utilizado quedan embarazadas, y causa problemas en el organismo **(Ibíd)**.

El tener relaciones sexuales cinco días antes o después de la menstruación te protege de quedar embarazada: La **realidad** es que en esos días las mujeres se encuentran en su periodo fértil pero como método de planificación familiar no funciona y tampoco protege contra enfermedades de transmisión sexual **(Ibíd, p.76)**.

b) Mitos sobre el embarazo en mujeres

Los mitos sobre el embarazo pueden variar de una generación a otra y de una región a otra. Los siguientes son algunos de los mitos más comunes sobre el embarazo

Mito: Pararse de cabeza después de tener relaciones sexuales puede aumentar la probabilidad de quedar embarazada. Pero la realidad : Algunos expertos dicen que acostarse durante 20 ó 30 minutos después de tener relaciones sexuales

puede aumentar la probabilidad de concebir porque de esta manera los espermatozoides se mantienen dentro de su cuerpo, pero no se ha demostrado que pararse de cabeza ayude a la concepción (**CEPAL/CELADE, Op.Cit, 2002, p.105**).

Mito: La forma y altura del vientre pueden indicar el sexo de su bebé.
Realidad: La creencia popular que afirma que si el vientre de la futura mamá está bajo, es un niño, y si está alto, una niña, simplemente no es verdad. La forma y altura del vientre están determinadas por el tono muscular y uterino y por la posición del bebé. Por esto, es posible que alguien crea que su bebé es un varón al ver que usted tiene el vientre bajo, cuando en realidad el bebé simplemente ha descendido hacia la pelvis porque se acerca el día del parto. ¿Cuál es la forma más exacta de determinar el sexo de su bebé? Hable con su médico sobre la posibilidad de realizar una ecografía (**Ibíd**).

Mito: En la primera relación la mujer no puede quedar embarazada. La **realidad** es que, desde que la mujer tiene su primera relación, puede quedar embarazada al igual que adquirir una enfermedad de transmisión sexual si no se utilizó un método anticonceptivo (**Ibíd, p105**).

Según **Ramírez (1996, p. 31)**.

- **MITO:** el 50% de las mujeres cree que a cualquier edad de su vida reproductiva puede concebir un bebé sano y normal. Pero la **realidad** es que la mayoría de las mujeres en sus 40 no pueden hacerlo sin la ayuda de la tecnología y medicinas modernas.

c) Mitos en relación a la menstruación

- Las mujeres cuando tienen la regla pueden provocar que se corte la mayonesa, que se marchiten las flores y que se agríe el vino. Este es uno de los mitos que surgen por la falsa idea de que la menstruación es algo sucio.
- Cuando está menstruando, la mujer no debe comer determinados alimentos (leche y derivados, huevo, limón). No hay ninguna relación estrecha entre lo que se come y la menstruación.
- La mujer sólo puede quedar embarazada cuando está menstruando. Al contrario, es menos probable que quede embarazada durante ese periodo, aunque no es imposible (**Garza, 1999, p.100**).

d) Mitos sobre el aborto

El aborto es una práctica que se realiza frecuentemente en Argentina - se estima que se hacen entre 350.000 y 500.000 al año - pero de la que se habla poco, tanto en público como en privado. Cuando se rompe este silencio y se abre la discusión, se escuchan una y otra vez diversas afirmaciones, con pretensiones de verdades científicas, acerca de las causas y consecuencias del aborto que, en realidad, sólo son mitos contruidos desde el prejuicio y la falta de información. Con este material Mujeres al Oeste se propone contribuir a develar algunos de estos mitos, como aporte al debate racional y realista sobre el aborto en Argentina (**Perea 1997, p. 17**).

MITO: Si se legaliza el aborto, las mujeres se harán más abortos. Pero la realidad: El índice de abortos no depende de su legalización, sino de otras condiciones como la disponibilidad de servicios de anticoncepción, el acceso a educación sexual adecuada para toda la población y la eliminación de las asimetrías de poder entre hombres y mujeres.

Países donde se han desarrollado programas respetuosos de los derechos sexuales y reproductivos que incluyen la legalización del aborto, tienen tasas mucho más bajas de aborto que las estimadas en países donde éste es ilegal. Por ejemplo, en dos países donde el aborto es legal como Holanda y Canadá se realizan 0.53 y 1.20 abortos por cada 100 mujeres en edad reproductiva, respectivamente (**Ibíd**).

e) La Organización Panamericana de la Salud (2005, p.45) sostiene que otros mitos y realidades que persisten en la salud de las mujeres son:

Mito 1: El cáncer es la primera causa de muerte en la mujer.

Realidad: Según la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial, no es el cáncer, sino que las enfermedades cardiovasculares a menudo consideradas un problema "masculino", la principal causa de muerte entre las mujeres.

La Argentina no escapa a esa situación. En nuestro país, las enfermedades del aparato circulatorio (entre las que se incluye la insuficiencia cardíaca, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares) son también la causa número uno de muerte en las mujeres, en particular a partir de los 45 años. El conocimiento es una herramienta importante de la prevención de enfermedades. Por eso te invitamos a que conozcas un poco más sobre tu corazón y las formas de cuidarlo (**Ibíd**).

Mito 2: La mujer no suele padecer accidentes cardíacos.

Realidad: Si bien la enfermedad cardiovascular suele ser más frecuente en los hombres, el riesgo de muerte por esta enfermedad es superior en las mujeres. Esto se debe a que la enfermedad se presenta en forma diferente en las mujeres,

quienes tienen mayor probabilidad de contraer diabetes, hipertensión y valores anormales de colesterol, factores que incrementan el riesgo de esta enfermedad (**ibíd**).

Por otra parte, como las mujeres no suelen considerar la posibilidad de padecer este tipo de enfermedades, llegan a la consulta médica cuando la enfermedad está más avanzada por lo cual requieren de tratamientos más complejos. El realizarse controles periódicos de los valores de glucemia, presión arterial y colesterol es una buena manera de prevenir el riesgo cardíaco (**ibíd, p.125**).

Mito 3: La mujer no tiene riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares antes de la menopausia.

Realidad: Si bien es cierto que las mujeres menores de cincuenta años tienen una menor incidencia de este tipo de enfermedades en comparación con los hombres de igual edad, la cantidad de casos ha ido progresivamente en aumento en las últimas décadas debido principalmente a la inclusión de la mujer en el mundo laboral y el consiguiente estrés. Los factores de riesgo aceleran la aparición de enfermedades en el corazón (**ibíd, p126**).

Mito 4: Las mujeres jóvenes no necesitan realizar controles médicos para evaluar su salud cardiovascular.

Realidad: El proceso de la aterosclerosis, la acumulación de grasa en las paredes internas de los vasos sanguíneos, comienza en la niñez. Si evoluciona persistentemente, puede ocasionar la obstrucción de las arterias a partir de la cuarta década de vida, edad a la que suelen comenzar a manifestarse las enfermedades cardiovasculares (**ibíd**).

Todas las mujeres deberían de realizarse los controles médicos periódicos para conocer su estado de salud general y cardiovascular en particular. Solo así es posible detectar y controlar los factores de riesgo. Las personas que llevan un estilo de vida saludable desde jóvenes presentan mejor pronóstico ante cualquier afección. Por eso es importante ocuparse siempre (**ibíd, p.189**).

Mito 5: Solo si hay hipertensión es necesario evaluar la presión arterial.

Realidad: Muchas de las personas que tienen hipertensión pueden no saberlo y, por lo tanto no reciben el tratamiento adecuado. Esto se debe a que la hipertensión no presenta síntomas y la única forma de detectarla es a través de su medición. Los síntomas recién se presentan cuando la condición ya es grave (**Martínez, 1997, p.150**).

Se estima que entre un 20% y un 30% de la población general tiene hipertensión. A partir de los 50 años de edad, la cifra se eleva a 50%. Desde los 65 años la presencia de hipertensión es mucho mayor en mujeres que en hombres, lo cual

implica un incremento en su riesgo cardiovascular. Si una mujer no tiene antecedentes familiares ni personales de hipertensión, debería realizar un control de su presión arterial al menos una vez cada dos años. Las mujeres que tienen familiares con hipertensión deben realizar controles más frecuentes: al menos cada seis meses **(Ibíd)**.

Mito 6: La llegada de un infarto siempre viene anunciada por síntomas claros y conocidos como el dolor de pecho y adormecimiento del brazo izquierdo.

Realidad: Es algo muy común que una mujer padezca un infarto y no se de cuenta ya que los síntomas pueden ser muy diferentes de los que presentan los hombres **(Ibíd)**.

¿Cuáles son los síntomas de un ataque cardíaco en la mujer? Además de los habituales en los hombres, como dolor en el pecho y adormecimiento del brazo izquierdo, algunas mujeres presentan, en su lugar: sensación de falta de aire, transpiración excesiva, náuseas y vómitos, depresión anímica, fatiga sin causa aparente y sensación de que el corazón “se sale del pecho” **(Ibíd, p.151)**.

Con frecuencia, los síntomas de la mujer no se diagnostican como un problema cardíaco, con lo cual se demora el tratamiento y empeora el pronóstico. Por eso los infartos en la mujer suelen ser más graves y con una mortalidad más elevada. Si una mujer tiene esos síntomas debe llamar inmediatamente a un servicio de emergencias, ya que cuanto más rápido se la asista, mayores serán las probabilidades de éxito del tratamiento.

Mito 7: Con los tratamientos actuales para las enfermedades cardiovasculares no es necesario preocuparse por adoptar hábitos sanos y realizar controles médicos preventivos.

Realidad: Es cierto que se han logrado avances notorios en los tratamientos médicos que sin duda han logrado prolongar la expectativa de vida. Sin embargo, un tratamiento solo tendrá el éxito deseado si llega en el momento oportuno. Y eso no siempre es posible **(Ibíd, p 175)**.

Lo que sí podemos hacer para cuidarnos es adoptar hábitos saludables, que serán nuestra mejor herramienta para lograr y mantener una buena calidad de vida y evitar la aparición de las enfermedades cardiovasculares.

Acá damos algunas sugerencias:

- Realizar actividad física regular: Caminar rápido, subir escaleras, bailar, ¡cualquier excusa es buena para moverse!

- Tener una alimentación saludable que incluya muchas frutas y verduras, y pocas grasas saturadas, incorporar granos integrales y pescados.
- Mantener un peso saludable.
- No fumar y evitar los ambientes donde se fuma.
- Evitar los excesos.
- Realizar consultas médicas periódicas, aunque te sientas bien o aparentemente no haya ningún problema de salud.

Lo bueno es que las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse. Y cada mujer puede ser la protagonista más importante en el cuidado de su propia salud.

f) Cinco mitos acerca del cáncer de mama

Este cáncer se desarrolla en una de cada ocho mujeres. Los síntomas más frecuentes incluyen la detección de un tumor en uno de los senos, las secreciones a través del pezón y los cambios en la forma o el tamaño de una mama. Para diagnosticarlo precozmente se recomienda realizar mamografías a partir de una cierta edad y hacer autoexámenes **(Martínez, Op.Cit, 1997, p.85)**.

MITOS

- ✓ El cáncer de mama es un problema genético por lo cual no vale la pena intentar disminuir el riesgo. Pero la realidad no es cierto ya que muchas mujeres con esta patología no tienen antecedentes familiares. De hecho, el peligro aumenta por una combinación de causas ambientales y de estilo de vida, como tomar alcohol, comer desequilibradamente, hacer poco ejercicio o tener un sobrepeso **(Ibíd)**.
- ✓ Algunos alimentos, como la carne roja, aumentan el peligro. El especialista afirmó que no hay ningún estudio científico que avale esta afirmación, aunque sí parece haber una relación con el consumo de alcohol y esta enfermedad. "Tomar una bebida por día aumenta un 10% el riesgo de desarrollar un cáncer de mama" **(Ibíd)**.
- ✓ Un bulto o dolor en el pecho es un signo de cáncer de mama. Estas condiciones pueden estar presentes por múltiples motivos que no significan necesariamente un cáncer de mama, como cambios hormonales comunes durante la menstruación o el amamantamiento. Además, los bultos pueden ser completamente benignos. En cualquier caso siempre conviene consultar al médico si se observa un bulto o hay dolor **(Ibíd)**.
- ✓ La terapia de reemplazo hormonal no genera riesgos. Ambos especialistas coincidieron en que este tratamiento, muchas veces usado durante la

menopausia, sí incrementa el peligro, por lo cual recomiendan evitar la combinación de estrógenos y progesterona en estas terapias. Utilizar solo el estrógeno por no más de cinco años parece no generar problemas (**ibíd**).

- ✓ Solo haciendo mucho ejercicio es posible reducir el peligro del cáncer de mama. Sin embargo, incluso cantidades moderadas de actividad física hacen la diferencia a la hora de prevenir este mal. De hecho, el ejercicio regular disminuye el peligro entre el 20% y 50% (**ibíd**).

Además de los problemas de salud que anteriormente se describen también existe otro en el que se encuentran inmersos muchos Mitos este es la violencia contra las mujeres en donde **Antolín (1997, p195)** atribuye que:

“La violencia contra las mujeres, cuando sucede al interior de la familia, es un problema del ámbito privado, y por ende, nadie debe meterse. Pero en realidad considerar la vida familiar como "ámbito privado" invisibiliza la magnitud del problema y perpetúa la violencia”.

Las mujeres maltratadas sienten que traicionan a su pareja y a su "familia", cuando cuentan a alguien lo que les pasa o cuando piden ayuda, porque hacen público lo que consideran privado.

Por otro lado, reducir la violencia contra las mujeres al ámbito privado impide que la sociedad en su conjunto se haga cargo del problema. Terminar con la violencia contra las mujeres es responsabilidad de todos y todas (**Martínez.Op. Cit, p.120**).

Mito: La violencia contra las mujeres es un problema de las clases sociales más pobres.

Realidad:

Según datos oficiales de la Dirección de Políticas de Género de la Provincia de Buenos Aires un 70% de las denuncias recibidas por violencia familiar son de la clase media. Siete de cada 10 mujeres que se presentaron como víctimas de agresiones domésticas tienen un buen pasar económico (**ibíd**).

g) Mitos y realidades sobre la violencia doméstica

Mito. A las víctimas de la violencia doméstica les gusta que las maltraten. Lo cierto es que las víctimas de la violencia doméstica buscan desesperadamente que el abuso acabe y adoptan diferentes estrategias de supervivencia, como llamar a la policía o buscar la ayuda de familiares, para que las protejan a ellas y a sus hijos. El silencio también puede ser una estrategia de supervivencia en algunos casos. Además, soportar el maltrato para que el agresor no ataque a los hijos puede ser una estrategia de adaptación empleada por la víctima, pero eso no significa que a la víctima le guste (**ibíd, p 67**).

Mito: Las víctimas de la violencia doméstica padecen trastornos psicológicos. Pero la verdadera realidad es que la caracterización de la mujer maltratada como

mentalmente enferma proviene de la asunción de que las víctimas de la violencia doméstica deben estar enfermas, de lo contrario no soportarían el abuso. Las teorías más recientes demuestran que la mujer maltratada resiste el abuso de una variedad de formas.

Además, la mayoría de las víctimas de la violencia doméstica no padecen enfermedades mentales, si bien los individuos con discapacidades mentales no son ciertamente inmunes a padecer abusos de sus esposos/as o parejas. Algunas víctimas de la violencia doméstica sufren efectos psicológicos, como trastornos de estrés postraumático o depresión, como resultado de haber sido maltratadas (**Ibíd**).

Según consultas que hemos realizados durante nuestra investigación se dice que existen determinados mitos acerca de la violencia de género que impiden que la intervención desde el punto de vista social y psicológico se produzca de forma eficaz sobre este problema. Estos mitos afectan al entorno social de la víctima de las agresiones como a los distintos profesionales que podrían intervenir ante este problema (**Ibíd, p.80**).

Ferreira (2005), explica que algunas de las frases que se utilizan y que ejemplifican la creencia en estos mitos son los siguientes:

a) Mitos sobre la violencia contra la mujer

- Es una cuestión privada. “No te metas, es la vida de ellos”.
- Se exagera la realidad. “No puedo creerte ¿No estarás exagerando?”, “En estos casos hay mucha manipulación”.
- Con el tiempo los problemas se solucionan. “Hable con él y vengán los dos, no se preocupe que los problemas de pareja se tratan y tienen solución”.
- Son pérdidas puntuales de control. “Es capaz de provocarlo todo el tiempo hasta que le hace perder el control y explota”.
- Si denuncia todo se acaba. “Eres masoquista. Sino ya habrías terminado con todo esto”.
- Donde hay amor, hay sufrimiento. “Es el inconveniente de tener un marido prestigioso. Su vida es su marido, sus hijos y su casa. Sea más paciente, trate de hablarlo, usted es su mujer y tiene que ayudarlo”.

b) Mitos sobre las mujeres en situación de maltrato

- Buscan la violencia. “Las mujeres son así, un toque a tiempo y se calman”.
- Dicen no cuando quieren decir si. “Siempre montan bronca, pero después siguen juntos. Esos no tienen arreglo”.
- Si tienen hijas e hijos es mejor que aguanten. “Tienes que volver a tu casa. Piensa en tu vida y en la de tus hijos. Tienes que ser más responsable.”
- Son pasivas. “Necesitan a su lado a alguien superior y más fuerte que ellas”.

- Son malas y se lo merecen. “Trate de no darle motivos. Nadie se pone así porque sí”.
- Son débiles y tontas. “No hace nada bien”, “Estas siempre se arrepienten y no vuelven”.
- Tienen dependencia económica. “No tiene tiempo ni capacidad para pensar en otras cosas”, “Gano más que ella y pretende decidir de igual manera que yo.”

Estos mitos producen una inhibición de la ayuda social que reciben las mujeres víctimas de la violencia de género. El contexto social (vecinos, amigos, familia), en ocasiones, no apoya a la víctima, justifica la agresión e incluso pone en duda la inocencia de la agredida **(Ibíd)**.

Para una víctima de la violencia de género, es difícil reconocer el problema y más aún, pedir ayuda. El proceso que les lleva a tomar esta decisión, no es sencillo y por eso, es importante, ofrecerle apoyo en este momento. El mito de que “esto sólo le pasa a cierto tipo de personas, raras y de clase baja”, hace que a determinadas mujeres que no se ajustan a ese perfil les sea más difícil identificarse como víctimas de la violencia de género. La mujer piensa que esto no le puede ocurrir a ella y se siente fracasada como esposa por no saber complacer a su marido **(Ibíd, p.79)**.

La violencia de género no tiene barreras de clase, educación, sexualidad, cultura, raza ni edad, es decir, que no existe un perfil de mujer víctima de la violencia doméstica sino que cualquier mujer, sólo por el hecho de ser mujer puede sufrirla. No es cierto que se dé este problema en gente primitiva e inculta, con escasos recursos o que afecte principalmente a las clases bajas. Por lo que respecta a los maltratadores, no son fácilmente reconocibles y no responden a un perfil concreto (alcohólicos, enfermos, locos, impulsivos, etc.). En la mayoría de las ocasiones, los maltratadores tienen una buena imagen pública, son incluso seductores y es en el ámbito privado donde se sienten legitimados para ejercer la violencia **(Ibíd)**.

No podemos afirmar a la vista de los datos que “se exagera la realidad”. Pero las estimaciones a nivel mundial sobre la violencia de género, indican que una de cada cuatro mujeres en el mundo sufre violencia doméstica. Por otro lado, la violencia doméstica no es una cuestión privada, es un grave problema **(Ibíd)**.

h) mitos y realidades sobre el examen del Papanicolaou

Felson (2002, p. 115) describe que los mitos sobre el examen de Papanicolaou son: Es un examen muy doloroso.

Pero en realidad no es doloroso, este impide la eficacia de este método en la detección temprana de cáncer de cuello uterino.

Señalo también que el Papanicolaou consiste en la toma de una muestra de las células del cuello uterino con una espátula o hisopo y que, al ser observadas por

el microscopio, permiten detectar cualquier tipo de lesión pre cancerígeno y maligna, preciso por su parte el ginecólogo Felson.

Toda mujer que inicie su vida sexual, inclusive si es adolescente, debe hacerse un examen de Papanicolaou en forma anual o máximo cada tres años dependiendo del nivel de riesgo de contraer el cáncer de cuello, refirió.

i) Mitos y realidades relacionados a la menopausia

La mayoría de las mujeres se deprimen en la menopausia

Realidad: Las mujeres tienden a deprimirse más durante sus años reproductivos que en la menopausia. En esta etapa experimentan otras sensaciones como irritabilidad, estrés, cambios de ánimo y alteraciones al dormir. Una dieta saludable acompañada de un programa de ejercicios, puede ayudar a las mujeres a aliviar estos síntomas. Las terapias médicas y psicológicas con algún experto también pueden ayudar (**Jaramillo, 2009, p.125**).

La menopausia es una condición médica que debe tratarse.

Realidad: La menopausia no es una condición médica ni un desorden. Es una transición natural de sus años reproductivos al resto de su vida. Los cambios que ocurren son normales y solo se deben atender las molestias mediante un estilo de vida saludable que puede complementar con suplementos alimenticios y terapia con reemplazo de hormonas (**Ibíd**).

j) Mitos y realidades sobre la participación de la mujer en el deporte

Históricamente, la participación de la mujer en los deportes ha estado y está íntimamente vinculada a la realidad socioeconómica, cultural y religiosa de las sociedades. En el caso de la sociedad occidental el género femenino sufre diversas presiones que buscan reducir su presencia en el ámbito deportivo. Dichas presiones tienen un fuerte componente cultural, dado que, hasta que se produjeron las luchas por una mayor incorporación equitativa de la mujer a los distintos espacios sociales, cuestión que tuvo lugar apenas durante el siglo XX, tradicionalmente, el fenómeno deportivo había sido una actividad esencialmente masculina (**García, , 2009, s.p**)

Sin embargo, particularmente en occidente, ha predominado la visión de que las mujeres son inferiores a los hombres, caracterizadas por conductas y actitudes débiles, pasivas y dependientes, mientras que ellos son vistos como fuertes y agresivos. Tales expectativas han condicionado la conducta de los individuos y han definido roles socialmente aceptables para hombres y mujeres, conformando estereotipos de género muy arraigados y generalizados en casi todos los aspectos de las relaciones humanas y, empero el marco legal y discursivo que existe a favor de la equidad en relación con la práctica deportiva, aún no es

posible romper del todo con estos **(Ibid)**

En el tema que nos ocupa, han surgido una multitud de falsas creencias, que con el pasar del tiempo se han convertido en verdaderos mitos, cuya única función ha sido entorpecer la progresiva incorporación de las mujeres en el deporte de todo nivel. De entre éstos, me permito destacar tres:

El primer mito señala que la actividad deportiva-atlética masculiniza a las mujeres. Este es quizás, uno de los estereotipos sobre el deporte femenino más persistente a lo largo del tiempo, ya que históricamente a las mujeres que han desarrollado sus capacidades motrices, socialmente se les ha estigmatizado de tener actitudes masculinas.

A lo anterior también debe sumarse la presión que ejercen los estereotipos de belleza actual femenina, impulsados fundamentalmente por los medios de comunicación. La práctica de un evento atlético, no necesariamente masculiniza a la mujer. Ha de tenerse en cuenta que cada ser humano posee una serie de hormonas que son las responsables de generar el dimorfismo en la constitución física del cuerpo entre hombres y mujeres, dependiendo de la predisposición genética que tenga el individuo para ello **(Ibid)**

El segundo mito indica que la práctica deportiva es peligrosa para la salud de las mujeres. Se sustenta en que el grado de intensidad de la actividad física puede alterar el ciclo menstrual, dañar los órganos reproductores y los senos; en otras palabras, puede tener efectos negativos en la fertilidad y disminuir la capacidad reproductiva. Al respecto diremos que no existe evidencia alguna que apoye tal creencia, pues sobran ejemplos de reconocidas figuras deportivas que han podido conjugar esa faceta de su vida, con el de madre y/o esposa, sin que la práctica deportiva haya resultado un impedimento **(Ibid)**.

El tercer mito, refiere que las mujeres no están interesadas en el deporte y que cuando lo ejecutan no lo hacen bien, como para ser tomadas en serio. A partir de los años 70 y 80 del siglo pasado, se produce un avance en la superación de este mito, debido al surgimiento de políticas públicas en buena parte de los países del globo, orientadas a otorgar igualdad de oportunidades y responsabilidades sociales a los hombres y a las mujeres. En este contexto, el deporte es al parecer, más accesible y deseable para las mujeres. No se debe afirmar que la mujer por no estar interesada en el deporte, cuando lo realiza lo efectúa mal, porque esto más que ser una realidad, forma parte de un paradigma creado por la sociedad, para seguir renegando a la mujer del deporte

A pesar de las alardeadas diferencias entre hombres y mujeres, se ha venido observando una mayor participación de estas últimas en el deporte, logrando así un cambio cultural que las ha ayudado a mejorar su desempeño deportivo, ya que su entrenamiento no es distinto básicamente del de los niños y los hombres a cualquier edad, rompiendo una barrera cultural en la pugna por la igualdad de

oportunidades para uno y otro género. A este hecho se suma que países como EEUU que desde 1972 proclamó que las mujeres tienen las mismas oportunidades que los hombres para participar en diversas áreas, como en la educación física y deporte tanto en instituciones públicas como privadas.

Aún cuando la existencia de legislaciones que den cuenta explícita de un contrato social establecido en términos de la equidad de género, desde el punto de vista del hecho deportivo, la Declaración de Brighton constituye sin dudas una importante iniciativa de carácter supra-nacional que busca consolidar la participación equitativa de la mujer en todos los niveles. Fue una iniciativa impulsada por el Consejo Británico del Deporte, con el respaldo del Comité Olímpico Internacional, teniendo como antecedente la Primera Conferencia Internacional sobre la Mujer y el Deporte, llevada a cabo en la ciudad de Brighton, Inglaterra en 1994, la cual perseguía como objetivo fundamental el diseño de políticas y estrategias que permitieran incrementar la participación de la mujer en el ámbito deportivo en toda su extensión.

La Conferencia logró aglutinar un gran número de participantes representantes de instituciones públicas y privadas provenientes de todas las regiones del planeta (280 delegados internacionales de 82 países), lo cual representó una oportunidad invaluable para analizar en profundidad la problemática y las ventajas que ofrece la práctica deportiva entre las mujeres desde los más variados puntos de vista y proponer soluciones a partir de las propuestas de las propias féminas y la misma dio origen a tres resultados principales: En primer término, se formuló la Estrategia Internacional Mujer y Deporte, el segundo, la Declaración de Brighton propiamente dicha y, sobre la base de esta última, se creó el Grupo Internacional Mujer y Deporte

La Declaración tuvo como objetivo principal “El desarrollo de una cultura deportiva que permita y valore la plena participación de las mujeres en todos los aspectos del deporte.” Para ello, las instituciones que la suscribieran habrían de comprometerse con la ejecución de los principios en ella contenidos, a partir del desarrollo de políticas y estrategias que; según el Grupo de Trabajo Internacional Mujer y Deporte - UK Sports Council (1998), deberían orientarse a: Asegurar a todas las chicas y mujeres la oportunidad de participar en el deporte en un ambiente seguro, que les apoye, y que conserve los derechos, la dignidad y el respeto del individuo; incrementar la participación femenina en el deporte a todos los niveles, en todas las funciones y todos los papeles; garantizar que los conocimientos, las experiencias y los valores de las mujeres contribuyan al desarrollo del deporte; fomentar el reconocimiento de la participación femenina en el deporte como contribución a la vida de todos, al desarrollo de la comunidad, y a la construcción de mujeres sanas; y animar a las mujeres a reconocer el valor intrínseco de su deporte y su contribución al desarrollo personal y a una vida sana.

Por su parte, el contenido de los diez principios que contenía la declaración, puede sintetizarse en: 1) Equidad e igualdad en la sociedad y en el deporte; 2) Instalaciones; 3) Deporte escolar y juvenil; 4) La dirección del deporte; 5) Educación, formación y desarrollo; 6) Información e investigación deportiva; 7) Recursos; 8) Cooperación nacional e internacional.

Estos principios fueron acogidos rápidamente por más de 200 organizaciones - tanto nacionales como supranacionales-, en cinco continentes, lo que se debe en gran medida a su posibilidad de adaptarse a las necesidades de mujeres provenientes de todas las culturas y al apoyo que las referidas instituciones han brindado a la iniciativa, lo cual ha dado lugar a cambios sustanciales en las políticas deportivas a nivel mundial, regional y, en algunos casos, nacional.

No hay que perder de vista que vivimos en una sociedad en la que se asume teóricamente la igualdad de derechos y deberes de todos los ciudadanos, sin embargo, existe la necesidad de replantearnos la vigencia de los roles, que en cuanto a género conservan la misma esencia discriminatoria en desmedro de la mujer. Las diferencias de género son evidentes y variadas, no obstante, la manifestación de reglas, patrones y roles de cada grupo son una construcción socio-cultural, más que consecuencias directas de hechos naturales; hasta el punto que el constructo guía y modela la realidad y su interiorización. Esto se evidencia en la actividad deportiva, en donde la participación de la mujer ha sido condicionada a la interpretación del hombre (y no pocas mujeres) con respecto a lo que es beneficioso o no para ella, de acuerdo con su condición femenina. A pesar de eso, la incorporación cada vez mayor de la mujer en las actividades que en el pasado eran exclusivas de los hombres, ha permitido derribar muchos de los mitos y barreras socioculturales que mantenían al género femenino en desventaja frente al masculino, proporcionándole mayores oportunidades de integración y éxito en la vida moderna.

Queda pues dispuesto el escenario, con base en la Declaración de Brighton, para la construcción de una nueva cosmovisión – como interpretación del mundo – que oriente la marcha hacia el logro real de la equidad e igualdad de la mujer en el deporte, y que permita, asimismo, modificar ese estilo de vida más sedentario que en cierta forma se le ha impuesto, tradicional y socialmente, afectando su rendimiento a lo largo de los años. Es un reto que nos toca enfrentar y desde la Universidad Iberoamericana del Deporte, haremos cuanto sea posible para lograr que nuestras mujeres de la patria, encuentren en el deporte una forma de participación incluyente, que reconoce la diversidad, pero que aboga por la equidad.

3.3 Actitudes de las mujeres frente a los problemas de salud

La **Real Academia Española** plantea que la actitud es el estado del ánimo que se expresa de una cierta manera (como una actitud conciliadora).

La actitud también ha sido definida como un **estado de la disposición nerviosa y mental**, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un sujeto ante determinados acontecimientos.

Por lo tanto, la actitud es más bien una **motivación social** antes que una motivación biológica. A partir de la experiencia, las personas adquieren una cierta predisposición que les permite responder ante los estímulos.

a) Actitudes de las mujeres hacia el embarazo

Maldonado (2005, p.75) plantea que el embarazo en las mujeres es un período de grandes cambios físicos y psicológicos y que las actitudes que pueden presentar son:

- Frustraciones y demandas emocionales
- Ansiedad, miedo, enojo
- Mayor cansancio, sensibilidad, dependencia
- Deseo de terminar el embarazo
- Deseo de dar al niño en adopción
- Ambivalencia excesiva
- Temor a la obesidad, talla, formas corporales.

Pero los que más prevalecen en las mujeres son:

- No ganancia de peso durante el embarazo:
Por presión familiar o social, sentimientos de culpa, seguir dietas especiales, Distorsión importante de la imagen corporal lo que trae como consecuencia el Retraso en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, complicaciones perinatales, desnutrir al hijo, anemia.
- Negación del embarazo: porque no se dan los cuidados y preocupaciones respecto a la gestación, escasos o nulos controles prenatales, ningún síntoma y/o antojo.
- Síntomas somáticos repetidos inexplicables: el cual se refiere a la preocupación excesiva por aumentar de peso, cansancio excesivo, falta de energía, debilidad, vómitos y náuseas excesivos, quejas de dolores y molestias en múltiples sitios, consultas médicas y exámenes frecuentes.
- Trastorno somático en el embarazo: esto debido a las múltiples síntomas en diversos órganos, al mismo tiempo, y sin explicación médica (cabeza, abdomen, espalda, cuello), síntomas crónicos, que se exacerban durante el embarazo, síntomas gastrointestinales (dolor de estómago, vómitos, diarrea, intolerancia a diversos alimentos), síntomas pseudoneurológicos (problemas en el equilibrio y la coordinación (**Ibíd**)).

Además de eso problemas interpersonales, como un precario cuidado prenatal, violencia doméstica, abuso, falta de redes de apoyo, etc. También la salud mental durante el embarazo se puede ver influida por trastornos mentales, como duelos no resueltos, trastornos del ánimo, trastornos ansiosos, trastornos de alimentación, trastornos de la personalidad o psicosis **(Ibíd, p.90)**.

Retomando lo que anteriormente descrito, también se deben considerar las complicaciones durante el embarazo, el estrés prenatal y el uso de sustancias. Al considerar la salud mental de la madre durante el embarazo, se abre la pregunta sobre cómo afecta el estado emocional de la madre al bebé que está en desarrollo **(Ibíd, p.80)**.

Garza (1999) refiere que las actitudes de las mujeres frente a las infecciones urinarias durante el embarazo son las siguientes:

“Después de haber padecido infección urinaria no he cambiado mi estilo de vida”, es una de las expresiones más mencionadas por las mujeres embarazadas. Así mismo, la desinformación hace que se adopten actitudes negativas como “soporto los síntomas por miedo a consumir medicamentos durante el embarazo”, en especial antibióticos; esta percepción de las gestantes se justifica en parte, ya que algunos antibióticos como las fluoroquinolonas y las tetraciclinas están contraindicados por la toxicidad fetal que producen, y las sulfonamidas durante el tercer trimestre pueden ser causantes de kernicterus; sin embargo, también es cierto que existen algunos medicamentos necesarios y seguros durante el embarazo, como la ampicilina, para tratar las infecciones de vías urinarias **(Ibíd)**.

c) Actitudes de las mujeres ante el aborto

- Indiferentes ante su familia
- Su estado de ánimo no es muy bueno
- Desgane de comer

El aborto, en la mayor parte del mundo, ha sido legalizado basándose en dos razones falsas:

- Una de ellas dice que el aborto únicamente destruye "un grupo de células", no una vida humana.
- La segunda razón es que el aborto es seguro, y que ayuda a la mujer a controlar y mejorar su vida.

Durante las últimas dos décadas, el movimiento pro-vida ha concentrado todos sus esfuerzos para probar que la primera de estas razones no es válida. Millones de dólares se han invertido en campañas publicitarias, libros, anuncios, e importantes películas como El Grito Silencioso, para demostrar a la gente que el niño no-nacido es una vida humana **(Medel y Díaz. Op. Cit, p.24)**.

Estos esfuerzos informativos, han tenido un gran éxito. Encuestas de opinión pública muestran que el 65% o más de la población, piensan que el aborto es moralmente malo, sin embargo, muchos dentro de este mismo grupo creen que debe ser legalizado. Estudios muestran que aún en mujeres que han practicado un aborto, aproximadamente el 70% creen que el aborto es moralmente malo, o por lo menos un mal comportamiento. Estas mujeres eligen el aborto, no porque estén conscientes o no de su derecho a abortar, pero piensan que no tienen otra opción. La gran mayoría de las personas saben que el aborto es quitarle la vida a un ser humano. Incluso muchos abortistas admiten esta verdad y por lo tanto, han dejado de defender la idea de que el aborto es solo destruir un "grupo e células" y la han cambiado por el siguiente reclamo: "Los derechos y necesidades de la mujer son más importantes que los derechos de un feto" **(Ibíd)**.

El aborto lastima a la mujer. En muchos casos, ocasiona un daño irreparable a la función reproductiva de la mujer. En los últimos diez años, se ha comprobado que tiene graves daños psicológicos y emocionales. En muchos casos, el trauma post-aborto es psicológicamente devastador, afectando sus relaciones familiares, amistades e incluso laborales **(Ibíd, p.95)**.

Felson, óp. Cit (2002, p.51) refiere que las actitudes ante el aborto: Los psicólogos nos describen tres niveles de conciencia moral o actitudes hacia el problema del aborto:

- En el más bajo nivel es cuando afecta únicamente a uno mismo. El segundo nivel es cuando afecta a alguna persona cercana: familiares, amigos o conocidos.
- El tercer nivel es cuando afecta a personas ajenas, desconocidas, no nacidas.

Es en este tercer nivel donde el movimiento pro-vida está trabajando. Todos los argumentos a favor del niño no nacido son efectivos para las personas con éste nivel moral. Para sensibilizar a las personas del primero y segundo nivel, se deben informar todos los riesgos y problemas que causa el aborto a mujeres adultas y adolescentes. Presentar el daño que puede hacer el aborto a sus hijas, esposas o novias. En caso que una mujer considere el aborto, que esté enterada de lo que le puede afectar a sí misma **(Ibíd)**.

Muchas mujeres que enfrentan los problemas de salud actúan de forma indiferente ante sus familias y ante la sociedad, producto de la situación en la que ellas se encuentran. Su estado de ánimo no es igual como el de una persona que se encuentra bien de salud.

b) Actitudes de las mujeres ante el Cáncer de mama

- Miedo
- Tristeza

- Negación de la enfermedad
- Angustia de muerte

El hecho de que a una persona se le diagnostique un cáncer de mama, supone un gran impacto emocional. Este impacto se debe a un doble motivo; por un lado el cáncer sigue siendo una patología muy temida por la población. Esto se debe principalmente a la incertidumbre de su causa y de las posibilidades de curación. Así mismo, cada persona, según sus creencias, actitudes y comportamientos afrontará la enfermedad de un modo distinto **(Garza, Op.Cit, 1999, p.165)**.

Por otro lado, las repercusiones que trae consigo esta dolencia son otro motivo de impacto emocional ya que afectan a la vida personal, familiar, social, laboral, de relación y sexual **(Ibíd)**.

Las reacciones más frecuentes al diagnóstico de cáncer de mama son ansiedad, temor, desesperanza, tristeza, ira, abatimiento... Es entonces cuando se ponen en marcha mecanismos de afrontamiento como pueden ser la búsqueda de información, de apoyo social y emocional; la desconexión emocional, la aceptación o también la negación, el aislamiento, la renuncia a metas y objetivos **(Ibíd)**.

Fernández (2005, p. 62) sostiene que: El cáncer de mama genera sentimientos de miedo, tristeza y negación en las mujeres que la sufren. Asocian la enfermedad a muerte, así como también a la castración de un órgano significativo, en este caso, la mama. La enfermedad es agresiva y traumática, pudiendo afectar a la mujer en todas las dimensiones de su vida, acarreando cambios en el desempeño de sus roles y en la percepción de su imagen corporal.

El diagnóstico de cáncer también ocasiona un desequilibrio en las familias, por asociar el cáncer a una enfermedad que generalmente causa la muerte y también por el miedo a los procedimientos terapéuticos y los cambios que conllevan, las mujeres ante esta enfermedad expresan actitudes positivas frente a las circunstancias **(Ibíd)**.

La mujer, al descubrirse portadora de cáncer de mama, acaba enfrentándose con sus propias limitaciones y su fin y la vivencia de tales sentimientos por la mujer es significativa, pues es una experiencia nueva, donde cuestionamientos, conflictos y reflexiones sobre sí misma, así como su interacción con los otros, están presentes **(Ibíd)**.

d) Actitudes de las mujeres ante la menopausia

- Nerviosidad
- Inquietud Física
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Depresión

En primer lugar, la menopausia se refiere al periodo en el que finaliza la menstruación, que marca el fin del periodo fértil y por lo consiguiente, de la posibilidad de ser madre. Este cambio no sucede de un día para otro, sino que ocurre como una serie de variaciones originadas por la disminución progresiva de las funciones reproductivas. También es una etapa de cambios tanto físicos como psicológicos, los físicos incluyen trastorno de la menstruación inestabilidad vasomotora y atrofia de todos los tejidos que dependen del estrógeno, incluyendo los genitales **(González, 2003, p.65)**.

Otro síntoma que se asocian son la nerviosidad en la que se incluye una inquietud física, la ansiedad se caracteriza por una sensación de inseguridad y miedo, la irritabilidad se manifiesta por una respuesta anormal ante estímulos ligeros o sin importancia, los signos de la depresión incluye la incapacidad para tomar decisiones, retraso psicomotor, disminución de reacciones emocionales **(Muñoz, 2005)**.

No obstante, pueden también asumirse actitudes positivas que conducen a una adaptación a esta nueva etapa de la vida, sustituyendo las actividades relacionadas con su función reproductora de años anteriores, por otras no menos fructíferas que tal vez anhelaba realizar: el ejercicio, el estudio, los pasatiempos, etc. O bien, puede persuadirse de que aún es atractiva y de que puede competir con otras personas de su misma edad e incluso más jóvenes. En esta percepción de la mujer la actitud de la pareja es definitiva **(Ibíd)**.

e) Actitudes de las mujeres ante la depresión

- Las mujeres mantienen su moral baja
- permanecen triste
- desganada de comer
- desganada de platicar con su familia
- levantarse de la cama
- Su estado de ánimo y de pensar cambia

En estudios recientes sobre la depresión **(Palacios, 2007, p.65)** encontró que estadísticamente, la depresión es la enfermedad mental más común en el mundo. Durante el curso de su vida, una de cada cuatro personas tendrá síntomas suficientes como para que se diagnostique que la padece **(Ibíd)**.

Las mujeres que la padecen mantienen la moral baja o incluso semanas de acontecimientos desafortunados que le permiten estar triste y desganada de comer, levantarse de la cama y platicar con sus familias **(Ibíd)**.

La depresión severa puede llegar a destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia. Sin embargo, este sufrimiento se podría evitar con el tratamiento adecuado. La mayoría de las personas deprimidas no busca tratamiento el propio paciente no sabe qué le sucede y a veces las personas de su entorno tampoco prestan la atención **(Ibíd)**.

Así mismo encontró que las mujeres que sufren trastorno depresivo, cambia su estado de ánimo y su manera de pensar, la forma en la que come y duerme. Le afecta la autoestima. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno pueda librarse a voluntad. Las personas que lo padecen no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Con un tratamiento adecuado hay garantía de que se puede mejorar **(Ibíd)**.

La tasa de depresión en la mujer casi duplica a la del hombre. Factores hormonales podrían contribuir a ello, específicamente, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo post-parto y la menopausia. Muchas mujeres presentan más estrés por las responsabilidades del cuidado de los hijos, la casa y la presión de un empleo. En algunos casos, el cuidado de sus padres o suegros ancianos o ser madre soltera viene a complicar la situación **(Ibíd, p.95)**.

3.4 Incidencia de las prácticas culturales en la salud de las mujeres.

Se puede afirmar que las prácticas culturales conforman sistemas de referencia para estructurar la interacción social de los hombres y mujeres en su cotidianidad, según las particularidades de su participación en la división social del trabajo. En donde estas prácticas culturales no son estáticas, equilibradas, ni coherentes, pues, como elaboraciones simbólicas y materiales de las condiciones de producción y reproducción del mundo de la vida, incorporan las contradicciones y los antagonismos de las relaciones de poder dominantes **(Méndez, Op.Cit, 2003, p.90)**.

Según la Organización Mundial de la Salud, entre 66 y 85% de la población del planeta recurren a las prácticas culturales profundas para curar diversos padecimientos y enfermedades. Este tipo de medicina se acostumbra aún en muchos pueblos del mundo, pero está siendo rápidamente sustituida o desplazada por la medicina científica, no obstante lo cual muchas personas hacen uso de los recursos que les brinda su entorno natural y emplean numerosas plantas para aliviar las enfermedades.

Citaremos aquí algunas prácticas culturales para ilustrar lo anterior.

- a) Cuando hay heridas, contusiones, esguinces, dolores reumáticos, cólicos menstruales, gastritis y úlceras, se recurre con frecuencia a la árnica, que puede ser tomada como té o usarse como emplastro mezclado con manteca que se aplica sobre la herida o la zona dolorida. **(Ibíd)**.
- b) El guarumbo, chancarro, trompeto u hormiguillo (*Cecropia obtusifolia*) es una planta medicinal muy apreciada desde el centro hasta el sureste del país para los casos de diabetes, para lo cual se prepara una infusión de hojas, ramas, corteza o raíz que se toma como agua de tiempo. Además,

se utiliza para regular la presión arterial y para tratar problemas renales cociéndola para tomarse en ayunas durante una semana por lo menos **(Ibíd)**.

- c) la manzanilla, camomila o chamomilla (*Matricaria chamomilla*) una de las plantas más utilizadas; los antiguos mexicanos la empleaban para tratar trastornos digestivos, como vómito, gastritis, disentería, indigestión, cólicos, bilis e infección del estómago. En otros sitios del centro del país, el cocimiento de las flores de manzanilla se ingiere como té para calmar dolores estomacales. La misma cocción, pero en frío y usada externamente, sirve para algunas afecciones oculares, como la inflamación o irritación de los ojos y la conjuntivitis; se recomienda asimismo para calmar los cólicos de la menstruación **(Ibíd)**.

- d) La verbena, ajeno grande, hierba de San José, chilillo o poleo negro (*Verbena carolina* Linnaeus) es una planta a la que se atribuyen virtudes como purgante y para sanar padecimientos de tipo digestivo, como el vómito, la diarrea, el dolor de estómago o la disentería; sin embargo, se le usa más para el tratamiento de la bilis, debilidad, inapetencia y dolores de cabeza; las ramas son la parte que más se utiliza para elaborar una infusión que se toma como té. También la raíz se hierve y se aplica en lavados para evitar la caída de cabello **(Ibíd)**.

- e) El epazote (*Chenopodium ambrosioides*) es una planta que se acostumbra para tratar los problemas de amibiasis y lombrices intestinales, para lo cual se prepara una cocción de las ramas en agua o en leche, se le deja reposar durante la noche y se le toma en ayunas durante al menos una semana y media. Cuando hay dolores estomacales y disentería, se hierven las ramas en medio litro de agua y el té resultante se toma en ayunas **(Ibíd)**.

- f) La sábila, zábila, toechii o posacmetl (*Aloe vera*) es una de las plantas con los usos más variados como medicamento, ya que, como cataplasma, posee propiedades emolientes y desinflamatorias, por lo que se le utiliza con mucha frecuencia en los casos de quemaduras, tumores y otras clases de lesiones. Cuando se emplea en forma de infusión, sirve como laxante en dosis pequeñas y combate así el estreñimiento. Además, tiene capacidad depurativa en enfermedades venéreas y de la sangre y vejiga; también se aplica como colirio cuando se padece de irritaciones oculares. Preparada en jugo, la sábila tiene las mismas propiedades, pero más concentradas, y es especialmente efectiva para expulsar las lombrices intestinales **(Ibíd)**.

- g) La ruda (*Ruta graveolens*) es otra de las plantas cuyo uso se ha extendido para tratar un gran número de enfermedades en la medicina tradicional; es muy utilizada para combatir el dolor de estómago; la infusión de esta planta ayuda a facilitar la menstruación y combate los dolores menstruales, los

espasmos musculares, los cólicos y los ataques epilépticos, estimula la circulación cuando hay várices y disminuye las molestias de la menopausia **(Ibíd)**.

- h)** El romero (*Rosmarinus officinalis*) es una especie que se usa en forma de infusión para tratar problemas como la anemia y para detener el flujo menstrual; sirve asimismo para aliviar la inflamación del colon. Igualmente, se ha registrado su uso para combatir la epilepsia, fortalecer la circulación y aliviar los estados de anemia y la impotencia. Se dice que machacando las ramitas y dejándolas en reposo en agua varios días, ayuda a mejorar la memoria **(Ibíd)**.

La cultura en el país vecino de Costa Rica recurre a muchos mitos, rituales y al uso de hierbas para tratar de regular la fertilidad de la mujer. La regulación de la fertilidad, trabaja con organizaciones locales de planificación familiar para ayudarles a utilizar esas creencias en la promoción de una buena atención de salud de la reproducción **(Ibíd)**.

Las prácticas culturales en el país vecino de Honduras, se utilizan más que en los demás países de América Latina. Muchas de estas prácticas han provocado movimientos sociales en cuanto a la salud de las mujeres. Pero estas prácticas también pueden afectar mucho. El uso del aborto ilegal y las prácticas tradicionales que pueden ser dañinas, también inciden en el alto índice de mortalidad materna en la mayoría de países en desarrollo **(Ibíd)**.

Muchas mujeres en América Latina emplean prácticas culturales, métodos con hierbas, para regular la fertilidad por razones culturales, económicas o personales. Si bien es cierto que muchas de estas creencias y prácticas son completamente ineficaces como métodos anticonceptivos, y algunas son incluso nocivas, algunos aspectos de estas creencias autóctonas pueden utilizarse para promover mejor la planificación familiar **(Ibíd)**.

Prácticas culturales que se utilizan durante el parto

Soler (2005, p. 65) refiere que “Una de las prácticas culturales en la atención del parto es la posición que adopta la mujer en el momento de dar a luz”. La gran mayoría de las mujeres andinas y amazónicas prefieren la posición vertical, ya sea en cuclillas, sentada, arrodilladas entre otras (parto tradicional).

En la actualidad el personal de salud ha sido entrenado para atender el parto en posición horizontal. Estas dos prácticas totalmente diferentes ocasionan un desencuentro cultural entre el personal que atiende y las mujeres rurales que muchas veces prefieren abstenerse de acudir a los establecimientos, poniendo en riesgo la salud y la vida tanto de ella como la del niño/a por nacer en el caso que se presenten complicaciones.

Prácticas Culturales Dañinas

Las prácticas culturales dañinas como la limpieza vaginal y la mutilación genital femenina (MGF) aumentan el riesgo de la transmisión del VIH. Esas prácticas están muchas veces justificadas en nombre de las tradiciones y valores culturales. No hay dudas que las tradiciones y valores culturales son importantes para las identidades comunitarias, pero es fundamental darse cuenta que no pueden mantenerse a expensas del derecho a la salud de las personas (**salgado, 2003, p. 55**).

Mutilación genital femenina:

La realidad es que la mutilación genital femenina es una práctica que tiene muchas consecuencias negativas. Debido a las condiciones poco higiénicas en que se lleva a cabo, hay muchos peligros sanitarios a corto y largo plazo relacionados con ella. Las complicaciones a corto plazo incluyen infecciones locales y sistémicas, abscesos, úlceras, retrasos en la cicatrización, septicemia, tétanos, gangrena, fuertes dolores y hemorragia que pueden provocar shock, daños a la vejiga o el recto y otros órganos, o incluso la muerte (**Ibíd**).

Las complicaciones a largo plazo incluyen retención de la orina, lo que tiene como resultado repetidas infecciones urinarias, obstrucción del flujo menstrual, lo que provoca esterilidad o frecuentes infecciones del aparato reproductivo; trabajo de parto prolongado u obstruido, que puede provocar formación de una fístula lo que resulta en pérdida de orina; graves dolores durante las relaciones sexuales; menstruación extremadamente dolorosa; y problemas psicológicos tales como ansiedad y depresión crónicas. El ciclo de dolor continúa cuando se practican cortes y se vuelve a suturar para facilitar la intimidad sexual y el parto (**Ibíd**)

Mutilación genital femenina en función de la salud sexual de las mujeres.

La mutilación genital femenina se clasifica en cuatro tipos principales:

- Clitoridectomía: resección parcial o total del clítoris (órgano pequeño, sensible y eréctil de los genitales femeninos) y, en casos muy infrecuentes, solo del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris).
- Excisión: resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin excisión de los labios mayores.
- Infibulación: estrechamiento de la abertura vaginal para crear un sello mediante el corte y la recolocación de los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris.
- Otros: todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

No aporta ningún beneficio a la salud, solo daño

La Mutilación Genital Femenina no aporta ningún beneficio a la salud de las mujeres y niñas, sino que la perjudica de formas muy variadas. Como implica la resección y daño del tejido genital femenino normal y sano, interfiere con la función natural del organismo femenino.

Entre sus complicaciones inmediatas se encuentran el dolor intenso, choque, hemorragia, tétanos, sepsis, retención de orina, llagas abiertas en la región genital y lesiones de los tejidos genitales vecinos.

Las consecuencias a largo plazo pueden consistir en:

- infecciones vesicales y urinarias recurrentes;
- quistes;
- esterilidad;
- aumento del riesgo de complicaciones del parto y muerte del recién nacido.
- necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas, por ejemplo cuando el procedimiento de sellado o estrechamiento de la abertura vaginal (tipo 3 mencionado anteriormente) se debe corregir quirúrgicamente para permitir las relaciones sexuales y el parto. A veces se vuelve a cerrar nuevamente, incluso después de haber dado a luz, con lo que la mujer se ve sometida a aperturas y cierres sucesivos, aumentándose los riesgos inmediatos y a largo plazo.

Las Prácticas culturales que impiden la salud reproductiva de las mujeres más pobres en Guatemala

Según estudios realizados en Guatemala por el Fondo de Población de Naciones Unidas (**UNFPA, 2008**), reflejan que las prácticas culturales que promueven la desigualdad de género y la exclusión de las mujeres, impiden el desarrollo de ese sector, lo condenan a sufrir pobreza y a que sus familias padezcan el mismo futuro precario e incierto.

Por otra parte está comprobado que las mujeres pobres de este país desean tener menos hijos, pero los contextos culturales las inhiben; se registra cierto avance en las áreas marginales, ya que un número significativo de ciudadanas utilizan anticonceptivos porque no pueden costear la crianza de más hijos, pero no lo hacen para proteger su salud reproductiva (**Ibíd**).

Tradiciones culturales cuyas prácticas afectan la salud de la mujer

En todo el mundo, las mujeres y niñas sufren los efectos dañosos y a veces fatales de prácticas tradicionales estrechamente relacionadas con sus culturas,

que siguen existiendo gracias al conformismo cultural y social y a las creencias religiosas **(Mendez, 2003, p.65)**.

- Mutilación genital femenina (MGF): Se estima que en todo el mundo son casi 130 millones las mujeres que han sido víctimas de la práctica de la MGF, y que el número de las que son sometidas a ella cada año alcanza aproximadamente dos millones. se practica en 28 países africanos (tanto en el África Oriental como Occidental), en algunas regiones del Asia y del Medio Oriente, y en ciertas comunidades de inmigrantes residentes en Norteamérica, Europa y Australia. Puede conducir a la muerte y a la esterilidad, además del trauma psicológico a largo plazo que produce, combinado con sufrimientos físicos atroces **(Ibíd)**.

Prácticas culturales que violan los derechos humanos de la mujer a la integridad física y a la expresión,

En todo el mundo hay prácticas dentro de la familia que entrañan violencia contra la mujer y que son perjudiciosas para su salud. Las jóvenes son circuncidadas, viven con arreglo a estrictos códigos de vestimenta, son destinadas a la prostitución, se les niegan los derechos de propiedad y se las mata en aras del honor de la familia. Esas prácticas y muchas otras constituyen una forma de violencia doméstica, pero no se han sometido al escrutinio nacional e internacional porque se consideran prácticas culturales que merecen tolerancia y respeto **(Taylor, 2004, p.46)**.

IV. METODOLOGÍA Y MATERIALES

Ubicación del estudio

El estudio sobre mitos y realidades relacionados a la salud de las mujeres fue realizado en dos barrios del área urbana del municipio de Siuna, Gilberto Romero y Gaspar García Laviana. Los límites de Siuna son: al Norte con el Municipio de Bonanza, al Sur con los Municipios de Paiwas y Río Blanco, al Este con los Municipios de Rosita, Prinzapolka y la Cruz de Río Grande, al Oeste con los Municipios de Waslala y el Cua Bocay. Cuenta con una población total de 89, 661 habitantes.

Tipo de estudio

La naturaleza del estudio es de enfoque cualitativo, porque se describen los principales mitos y realidades en relación a la salud de las mujeres y sus técnicas son abiertas. Y según el nivel de profundidad es descriptivo y exploratorio. Se dice que es exploratoria pues trata de descubrir aspectos e ideas relacionados al tema, ya que no existía información de este tipo en el área.

La población

La población corresponde a 350 mujeres en el Barrio Gaspar García Laviana y 420 en el Gilberto Romero entre las edades de 18 a 65 años de edad.

Lugar seleccionado

El estudio se realizó en el municipio de Siuna en los Barrios Gilberto Romero y Gaspar García Laviana.

El grupo seleccionado

El grupo seleccionado fueron las mujeres de los barrios Gilberto Romero y Gaspar García Laviana, director y enfermeras del centro de salud Carlos Centeno.

Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo integrada por las mujeres adultas, jóvenes y adolescentes del barrio Gilberto Romero y Gaspar García Laviana.

Descriptores

- Principales mitos y realidades en relación a la salud de las mujeres
- Actitudes de las mujeres frente a los problemas de salud
- Grado de incidencia de las prácticas culturales en la salud de las mujeres

Observación

La observación como método nos permitió corroborar los datos obtenidos de las mujeres objeto de estudio. A medida que íbamos conversando con ellas, íbamos tomando en cuenta sus gestos, sus miradas, el retraimiento, el silencio para poder interpretar cada resultado dado.

Criterios de selección

Inclusión

- Se seleccionaron a mujeres en edades de 18 y 65 años de edad.
- Mujeres habitantes de los barrios Gilberto Romero y Gaspar García Laviana
- Director del Centro de Salud Carlos Centeno- Siuna
- Enfermeras del centro de salud Carlos Centeno del área de medicina general que están en turno al momento de la entrevista.

Exclusión

Se excluyen a niños, niñas y adolescentes de los barrios seleccionados así mismo a las mujeres que pertenecen a los otros barrios del municipio. Porque son ajenas al estudio que se realizó.

Fuentes de obtención de la información

Primaria: Las mujeres de los barrios en estudio, el Delegado y enfermeras del centro de salud Carlos Centeno del municipio de Siuna

Secundaria: Libros, Revistas, Informes en internet, y otros

Técnicas e instrumentos

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de la información fueron: la entrevista.

Trabajo de campo

Para la realización del trabajo de campo se realizó por fase:

La primera fase: Consistió en visitar los dos barrios seleccionados para establecer acercamiento y coordinación con las mujeres, identificar posibles informantes claves.

La segunda fase: Esta consistió en la aplicación de entrevistas a las mujeres seleccionadas, al director del Centro de Salud MINSA y enfermeras.

Tercera fase: Consistió en el procesamiento y análisis de la información recolectada llegando a conclusiones principales.

Procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información esta se clasifico por cada fuente de información, posteriormente se proceso por objetivo, la que vaciamos en una matriz que nos permitió clasificar los mitos, las realidades y las opiniones de las mujeres entrevistadas.

Análisis de la información

Una vez procesada la información, se procedió a su debido análisis de la i surgida en el estudio, y relacionada a lo que los y las autores refirieron a la temática de estudio, luego se procedió a la redacción del informe final.

Matriz de Descriptores

Objetivos	Descriptores	Definición	Preguntas claves	Fuentes	Técnicas
Describir los principales mitos y realidades en relación a la salud de las mujeres.	Mitos Realidades	Principales creencias que persisten en la vida del ser humano principalmente en la de las mujeres	¿Cuáles son los mitos que influyen en su salud? ¿Cómo Cuáles? ¿De qué manera enfrentan los diversos problemas de salud que le afectan?	Mujeres, director MINSA, enfermeras	Entrevistas
Referir actitudes de las mujeres frente a los problemas de salud	Actitudes	Es el actuar de las personas frente a situaciones difíciles en su vida personal	¿Qué actitud usted adopta ante los problemas de salud? ¿Cómo se han visto afectadas las familias por las actitudes que usted presenta ante los problemas de salud? ¿De qué manera toman los problemas salud?	Mujeres, director MINSA, enfermeras	Entrevistas

<p>Determinar el grado de incidencia de las prácticas culturales en la salud de las mujeres.</p>	<p>Incidencia de prácticas culturales</p>	<p>Forma de cómo las practicas culturales influye en la salud de las mujeres</p>	<p>¿De que forma inciden las prácticas culturales en la salud de las y los humanos? ¿Cree usted que las prácticas culturales sean efectivas? ¿En que tipos de enfermedades usted aplica la medicina tradicional?</p>	<p>Mujeres, Director del MINSA, Enfermeras</p>	<p>Entrevistas</p>
--	---	--	--	--	--------------------

V. RESULTADOS Y DISCUSION

En este acápite se describirán los resultados más importantes del estudio según cada una de las fuentes de información (mujeres de los barrios en estudio y personal de salud).

5.1 Principales mitos y realidades en relación a la salud de las mujeres

Según las mujeres los principales mitos y realidades que viven las mujeres son:

a) Mitos y realidades sobre los métodos anticonceptivos

- la píldora del día después es un buen método anticonceptivo, pero la verdad es un método anticonceptivo de emergencia. Pero en **realidad** no es confiable porque muchas mujeres que la han utilizado quedan embarazadas, y causa problemas en el organismo y no protege contra las infecciones de transmisión sexual. **(Ibíd).**
- El tener relaciones sexuales cinco días después de la menstruación no corre el riesgo de quedar embarazada. Pero la realidad es que en esos días las mujeres se encuentran en su periodo fértil pero como método de planificación familiar no funciona y tampoco protege contra enfermedades de transmisión sexual **(Ibíd, p.76).**

La mayoría de las mujeres de los barrios Gilberto Romero y Gaspar García Laviana, que fueron entrevistadas presentaron expresiones positivas de sí mismas, es decir asumen el conocimiento de los mitos que se encuentran inmersas en su vida cotidiana y se muestran seguras de éstos, lo que contribuye a que en el futuro a estas mujeres los ciclos menstruales se alteren, en algunas mujeres provoca vómitos, dolores de cabeza y abdominales.

Una minoría expresaron que tienen temor de usar anticonceptivos, no le tienen mucha confianza, temen que con el tiempo pueden presentarse graves consecuencias como: trastornos menstruales; entre estos ciclos menstruales alargados, sangrado más abundante, ausencia de la regla por tres meses. Correr el riesgo de quedar estéril en caso de las mujeres de 18 a 35 años y por supuesto que al momento que estas queden embarazada el bebe puede nacer con alguna malformación.

Lo anterior coincide con **Arango (1984)** el considera que los métodos anticonceptivos no pueden ser creíbles porque la mujer puede estar planificando y

siempre salen embarazadas, en lo que respecta a la píldora del día después este es un anticonceptivo de emergencia para que las mujeres que lo utilicen no queden embarazadas, pero le acarrea problemas para el organismo, así mismo considera que las mujeres que tienen relaciones sexuales cinco días después de la menstruación no corren el riesgo de quedar embarazada.

Esto se debe a que la mujer se encuentra en su periodo fértil, pero no las protege de las enfermedades de transmisión sexual. Actualmente todas las mujeres están preparadas en la temática de planificación familiar. Porque se les ha educado y ahora no existen familias numerosas. Pero en otros momentos o tiempos, las mujeres se apegaban a la ley divina y al machismo de unos hombres.

Al respecto una de las mujeres entrevistadas refirió:

“En lo que respecta a los mitos que persiste en mi mente sobre los anticonceptivos, es que la píldora del día después es un buen método para evitar un embarazo, pero en ciertos momentos de mi vida siento en mi pecho un temor al usar estos anticonceptivos, muchas veces no les tengo mucha confianza, temo que con el tiempo se me pueden presentar graves consecuencias como: los trastornos menstruales” **(Entrevista realizada el 5 de septiembre del 2011).**

Otra de las mujeres manifestó:

“Para no continuar utilizando estos métodos anticonceptivos, lo que más prefiero es no continuar con las relaciones sexuales, y cancelarme totalmente para no tener más hijos” **(Entrevista realizada el 5 de septiembre del 2011).**

Referente a lo manifestado por estas mujeres consideramos que es una buena opción lo que ellas han decidido, para poder librarse de estos mitos que no son muy buenos para su salud. En cambio otras de las entrevistadas se apegan a la Ley divina de Dios; yo voy a tener los hijos que dios quiera. Sin embargo, las mujeres que utilizan la píldora del día después, tienen que tomar en cuenta que es esta una solución de emergencia y, por tanto, no se debe tomar con frecuencia, es por eso que no se debe usar como método anticonceptivo, sino como un sistema de emergencia, cuando otros fallan, por ejemplo que se rompa el preservativo.

b) Mitos sobre el embarazo en mujeres

- En la primera relación la mujer no puede quedar embarazada. la realidad es que, desde que la mujer tiene su primera relación, puede quedar embarazada al igual que adquirir una enfermedad de transmisión sexual si no se utilizó un método anticonceptivo **(Ibíd, p105).**

- La forma del abdomen puede indicar el sexo del bebe, la realidad es la forma y altura del vientre están determinadas por el tono muscular y uterino y por la posición del bebé.
- La mujer embarazada no debe ingerir cualquier alimento, la realidad es que los alimentos son esenciales para el desarrollo del feto y entre más variabilidad de aportes nutritivos reciba, mayor será el desarrollo del bebe.

Los resultados obtenidos en este acápite indican que las mujeres entre las edades de 18 a 35 años no pueden quedar embarazadas en su primera relación. Pero si esto fuera hacer verdad durante el embarazo estas mujeres que van hacer madre pueden indicar el sexo del bebe que vendrá a formar parte de sus vidas, sin necesidad de acudir a realizarse un ultrasonido. Con relación a los alimentos que deben de ingerir, ellas consideran que no es recomendable ingerir cualquier tipo de alimento, solamente frutas y verduras para que sus hijos nazcan fuertes, sanos y bien limpiito. También consideran que es importante acudir a los controles médicos que el Ministerio de Salud les autoriza para evitar algún tipo de problema que durante el parto pueden presentar y sea ya demasiado tarde.

La realidad, que la mujer en su primera relación no puede quedar embarazada no es totalmente cierto, porque según la **CEPAL/CELADE, (2002)** presenta que la primera vez que la mujer tiene su primera relación, puede quedar embarazada al igual que adquirir una enfermedad de transmisión sexual si no se utilizó un método anticonceptivo.

Como investigadora e investigador en tan importante estudio es importante aclarar que no todas las mujeres que tienen por primera vez una relación sexual puede quedar embarazada, salvo aquellas mujeres que a temprana edad le bajo su ciclo menstrual.

Una de las mujeres entrevistadas refirió:

“Yo cuando tuve mi primera relación sexual sin usar ningún anticonceptivo, quede embarazada, y al pasar los meses de gestación quería saber cuál era el sexo del bebe, me fue imposible saber que sexo era él bebe, hasta que por orden del médico que me atendió durante los controles durante los nueve meses me envió a realizarme a los seis meses de gestación un ultrasonido para ver la posición en que se encontraba el feto, y ver el sexo que este iba ser. Los alimentos que más ingerí durante los nueve meses, fueron frutas, verduras, huevo tibió, guabul de banano maduro, otros”.

En cuanto al segundo mito que se refleja en este resultado, no se relaciona con lo presentado por la **CEPAL/CELADE, (2002)** donde afirma que si el vientre de la futura mamá está bajo, es un niño, y si está alto, una niña, simplemente no es

verdad. La forma y altura del vientre están determinadas por el tono muscular y uterino y por la posición del bebé. Por esto, es posible que alguien crea que su bebé es un varón al ver que usted tiene el vientre bajo, cuando en realidad el bebé simplemente ha descendido hacia la pelvis porque se acerca el día del parto. En realidad para que una futura madre conozca el sexo del bebé que lleva en su vientre, es necesario que se realice los ultrasonidos necesarios, que el doctor que las atiende durante los controles médicos le recomienda.

Desde el espacio clínico, los profesionales de la salud refieren que las mujeres tienen más posibilidades de cuidarse que los hombres, pues ellas están insertas en la dinámica de la clínica desde que están jóvenes. En un primer momento, cuando se encuentran en la maternidad, luego el cuidado de sus hijos e hijas y luego como acompañantes de familiares o de la persona con quien comparte su vida.

Los mitos del embarazo se asocian con lo referido por el director y enfermeras del centro de salud Carlos Centeno, quienes brindan atención a las mujeres refirieron que los mitos que influyen en la salud de las mujeres son muchos pero los que más influyen en las mujeres de estos dos barrios son los que a continuación detallamos:

1. En la primera relación la mujer no puede quedar embarazada
2. La forma de la panza puede indicar el sexo del bebé.
3. La mujer embarazada no debe ingerir cualquier alimento

c) Mito en relación a la menstruación

- Cuando se está menstruando, no debemos comer determinados alimentos (derivados de la leche, huevo, limón, frijoles y aguacate).

En relación a los mitos de la menstruación según las informantes se obtuvo que el principal mito que prevalece en las mujeres del Barrio Gilberto Romero y Gaspar García Laviana, es cuando las mujeres están menstruando no deben de comer determinados alimentos como los derivados de la leche, huevo, limón, frijoles y aguacate.

Pero en realidad, respecto a lo descrito anteriormente; no existe relación estrecha entre lo que se come y el periodo menstrual, porque este es un mito que desde generación en generación se les ha venido inculcando a las mujeres. Este mito se encuentra presente en las mentes de las mujeres producto de que surge la idea de que la menstruación es algo sucio, y porque muchos de estos alimentos les provoca alergia, y produce que el sangrado agarre un mal olor.

Al respecto una de las mujeres entrevistadas expuso que:

“Durante mi periodo menstrual no debo comer huevo, frijoles, crema, aguacate ni cosas heladas. Solo debo comer tortilla, cuajada y arroz,

porque mi mama me lo inculco desde la primera vez que tuve mi periodo menstrual” (**Entrevista 6 de Septiembre 2011**).

Esto confirma lo expresado por **Garza (1999, p.100)** quien refiere que:

“cuando las mujeres se encuentran con su periodo menstrual provoca que se corte la mayonesa, que se marchiten las flores. También comer alimentos como huevo, limón y derivados de la leche no es recomendable ingerirlos”.

Es importante hacer mención que la menstruación es un proceso natural en las mujeres, que ha sido objeto de mitos, uno de ellos, el miedo y la repulsión a tener relaciones durante los días que se presenta. Y impide a las mujeres hacer muchas cosas y repercute determinadamente en su ánimo.

d) mitos acerca del cáncer de mama

- El cáncer de mama es un problema genético y la primera causa de muerte en las mujeres.

En entrevistas realizadas a las mujeres objeto de estudio, expresaron que otro mito que se encuentran en la mente de ellas es que el cáncer de mamas es un problema genético que se da en todas las mujeres y por su puesto la primer causa de muerte en las mujeres. Porque una minoría de ellas ha pasado por este problema con miembros de sus familias y esto ha venido afectar a hijas de las personas que ya han muerto producto de esta enfermedad. Debido esta situación las mujeres de estos dos barrios, acuden cada año a realizarse los exámenes necesarios para detectar a tiempo este problema.

Al respecto una de las mujeres entrevistadas manifestó:

“En mi familia mi mama murió de cáncer de mama, y me encuentro preocupada porque según he escuchado que esta enfermedad es un problema genético que en cualquier momento puede presentarse dentro del núcleo familiar de la persona que ha fallecido a causa de este problema. Debido a esto mensualmente me realizo una mamografía para poder detectar a tiempo el cáncer, y en mi casa me realizo el autoexamen de mamas el que consiste en la palpación en las mamas para detectar posibles bultos, o cualquier otra alteración en las mamas o debajo de los brazos”.

Pero en realidad la **Organización Panamericana de la salud (2005)** sostiene que a nivel mundial no es el cáncer un problema genético, ni la primer causa de muerte de las mujeres, sino las enfermedades cardiovasculares que se presenta en mujeres de los 45 años en adelante y también considerada un problema masculino.

Tomando en cuenta lo anteriormente descrito, es importante referir que las mujeres de los barrios que fueron objeto de estudio deben de realizarse habitualmente una mamografía como el mejor método de detección temprana del cáncer de mama para reducir el riesgo de morir de cáncer, examen clínico de mamas mediante el cual un médico o enfermera palpan la mama para detectar la posible presencia de bultos u otras alteraciones, el auto examen de mamas es cuando la misma mujer se palpa las mamas. Por otro lado, realizarse periódicamente su salud cardiovascular, para detectar y controlar los factores de riesgo.

Lo anterior se corrobora con lo planteado por Martínez, (1997) que a partir de los 50 años de edad a los 65 años la presencia de hipertensión es mucho mayor en mujeres que en hombres, lo cual implica un incremento en su riesgo cardiovascular. Si una mujer no tiene antecedentes familiares ni personales de hipertensión, debería realizar un control de su presión arterial al menos una vez cada dos años.

Al considerarse el cáncer de mama un problema genético, no es lo idóneo porque muchas mujeres que han padecido esta patología no han tenido antecedentes familiares. De hecho el peligro aumenta por una combinación de causas ambientes y del estilo de vida que lleve, comer desequilibradamente y hacer poco ejercicio. También el consumir alimentos como la carne roja aumenta el peligro de padecer el cáncer.

e) mitos acerca del examen del Papanicolaou

- El examen de Papanicolaou duele
- vergüenza de que el ginecólogo o ginecóloga la examine.

En referencia a los mitos relacionados al examen de Papanicolaou, los resultados reflejan que las mujeres de los barrios en estudio, se encuentran inmersas en el mito de que el examen del Papanicolaou duele y que les da pena que el ginecólogo o la ginecóloga las examinen. Pero también hay otro que inciden en la mayoría de las mujeres de este barrio es el machismo por parte de sus esposos que cuando las esposas le comentan que van acudir al centro de salud a realizarse el examen ginecológico estos se reúsan en dejarlas ir, en donde le expresan que ellas no puede realizarse este examen porque este lo realiza un hombre y me vas a faltar el respeto.

Una de las mujeres entrevistadas dijo:

“Unos 13 años a tras estos mitos incidían más en las mujeres entre las edades 40 a 65 años. Porque si le manifestábamos a nuestro esposo que teníamos que asistir al centro de salud a realizarnos exámenes médicos ellos pensaban que le estábamos siendo infieles y nos prohibían realizarnos los exámenes médicos. Productos de esos mitos en esa época 5 mujeres fallecieron a causa de diferentes enfermedades por no someterse a chequeos médicos y estos mitos persisten en la mente de muchas mujeres. Dado a que muchas mujeres huyen a someterse a chequeos médicos y optan por utilizar medicinas caseras, tal es el caso que una mujer prefiere hacerse un lavado vaginal con agua tibia que practicarse el examen del Papanicolaou en el centro de Salud, simple y sencillamente por la presencia del mito de que hacerse un Papanicolaou duele demasiado”.

A esto hay que agregarles la incidencia en sus decisiones por parte de sus maridos que no le permiten realizarse el examen.

Otra de las mujeres entrevistadas refirió:

“Yo no me voy a realizar el examen del Papanicolaou, porque me da pena que el doctor o la doctora me vea. Y porque tengo miedo que me duela, ya que he escuchado entre mujeres en el centro quienes lo hacen en forma de conversación diciendo yo no me hago el Papanicolaou porque eso duele se siente que le están arrancando el alma”.

De acuerdo a este resultado y a los pocos datos disponibles, en la actualidad se considera que una de cada tres mujeres es víctima de estos mitos en el hogar. Pero la realidad de estos mitos es que el examen de Papanicolaou no duele. Lo que pasa es que muchas mujeres no lo toman con calma y sienten dolor cuando van a realizárselo 5 días después que le ha pasado el periodo menstrual y otro obstáculo que se les presenta es que en algunas mujeres esta la imposición del hombre para acudir a realizarse el examen en donde ellos le expresan para que te vas a realizar ese examen, eso solamente lo realizan hombres y se ponen celosos. Esto se da debido a que muchos hombres no han sido educados o no tienen el conocimiento de la importancia que existe en realizarse el Papanicolaou cada año.

Es aquí en donde en muchos casos se produce la violencia contra las mujeres, porque la mujer al contradecirle a su esposo en realizarse el examen de papanicolau, estos se ponen agresivos le dicen palabras que no son adecuadas y las agreden con golpes y son pocas las mujeres que han denunciado estos problemas.

Lo anteriormente descrito se fundamenta con lo expresado por Felson (2002) quien describe que el examen de Papanicolaou se considera muy doloroso. Pero

en realidad no es doloroso, lo que impide la eficacia de este método en la detección temprana de cáncer de cuello uterino. Y toda mujer que inicie su vida sexual, inclusive si es adolescente, debe hacerse un examen de Papanicolaou en forma anual dependiendo del nivel de riesgo de contraer el cáncer de cuello.

El criterio como investigadores, es que las mujeres no tienen por qué temerle a este examen, pues es la mejor forma de detectar cualquier lesión en el cuello uterino, que son curables en un 100% de los casos. Es una prueba indolora y en los centros de salud estos son gratuitos.

f) Mitos y realidades relacionados a la menopausia

- Temor a la menopausia
- Las mujeres se deprimen en la menopausia

Según información proporcionada por las mujeres, expresaron que la menopausia es una etapa por la que cualquier mujer atraviesa entre los 45 y 55 años de edad, y suele ser un proceso difícil para quienes no se preparan con tiempo al recibir los cambios naturales en su organismo. Muchas de estas mujeres se preguntan si las modificaciones en su cuerpo son normales y otras se confunden al tratar estos síntomas.

Una de las mujeres entrevistadas manifestó:

“Yo como mujer tengo el temor de que al momento que me de la menopausia sufriré mucho. Porque según otras mujeres que ya les ha dado, manifiestan que el cuerpo sufre muchos cambios en donde se nos vienen enfermedades de todo tipo por ejemplo: padecer una inmensa depresión, de caer en cama y disminución o aumento de mi interés sexual”.

Otra mujer entrevistada expreso:

“No es fácil para cualquier mujer, enfrentar los molestos síntomas de la menopausia; ya que nuestro cuerpo y nuestro estado de ánimo cambian de forma drástica y muchas veces no sabemos a quién o a que recurrir”.

Al respecto, como investigadores podemos decir que no es una condición médica ni un desorden. Sino una transición natural de los años reproductivos al resto de la vida de la mujer. Y los cambios que pueden ocurrir son normales y solo se deben atender las molestias mediante un estilo de vida saludable que puede complementar con suplementos alimenticios y terapia. Pero no significa que deje de atenderse por estar inmersas en mitos.

A pesar de los mitos que persisten en la salud de las mujeres, sería pertinente realizarse los controles médicos periódicamente para conocer su estado de salud general. Y solo así podrán detectarse los problemas de salud que le afectan y evitar factores de riesgos que al final pueden ser lamentables. Estos son producto del machismo ya que se necesita hacer conciencia para que muchas mujeres puedan realizarse controles médicos por ejemplo los casos de mitos más palpables en nuestro entorno son: “El examen de Papanicolaou duele, y no me realizo porque le estoy faltando el respeto a mi esposo”.

Sin embargo podemos decir que los mitos son creencias que persisten en cada uno de nosotras las personas basados a nuestra religión, cultura, inculcaciones ancestrales pero que muchas veces estas son historias ficticias y otros hechos verdaderos. Por tanto muchas mujeres de nuestro municipio se apropian cada día de los mitos. Pero la realidad no es lo adecuado para mantener una buena salud.

Cabe mencionar que los problemas de salud, afectan más a las mujeres de 30 a 65 años de edad, dado a que descuidan su salud y se dedican más que todo al cuidado de sus hijos y de sus esposos, sin darse tiempo de acudir al centro de salud a realizarse sus chequeos médicos. Y el nivel de conocimiento de los mitos, es muy bajo, lo cual no les permite a las mujeres que se preocupen por su salud.

Desde el espacio clínico, los profesionales de la salud refieren que las mujeres tienen más posibilidades de cuidarse que los hombres, pues ellas están insertas en la dinámica de la clínica desde que están jóvenes. En un primer momento, cuando se encuentran en la maternidad, luego el cuidado de sus hijos e hijas y luego como acompañantes de familiares o de la persona con quien comparte su vida.

Según información proporcionada por el director y enfermeras del centro de salud Carlos Centeno, quienes brindan atención a las mujeres refirieron que los mitos que influyen en la salud de las mujeres son muchos pero los que más influyen en las mujeres de estos dos barrios son los que a continuación detallamos:

- La píldora aumenta el riesgo de sufrir cáncer
- Cuando se está menstruando, no debemos comer determinados alimentos (leche y derivados, huevo, limón).
- Todas las mujeres padecen de Síndrome Premenstrual.
- El cáncer de mama es un problema genético.
- Hacer mucho ejercicio se puede reducir el cáncer de mama.

Sin embargo el ministerio de la salud del municipio de Siuna, realiza jornadas de salud en los barrios, y comunidades para que muchas mujeres que no asisten a este centro acepten realizarse los exámenes médicos necesarios para valorar su estado de salud. Antes que se presenten problemas que no podrán ser controlados. Para estas jornadas se realizan cuñas radiales, visitas casa a casa, para que las mujeres que no asisten a realizarse los chequeos médicos necesarios al centro de salud aprovechen la oportunidad para realizárselos. La

continuidad en la transmisión de ciertos mitos pone de manifiesto que la educación afectivo-sexual debe llegar correctamente a nuestras adolescentes.

Debemos saber cómo hacer llegar la información correcta y en el momento adecuado, planteándonos, por ejemplo, comenzar esta educación a una edad más temprana, lo que ayudara a desterrar los mitos y tabúes en relación a la salud de las mujeres. Por tanto, en la actualidad, la educación sexual es cada vez más necesaria en una sociedad que parece estar muy bien informada, pero que, según los datos, tiene un gran desconocimiento y errores, tanto en jóvenes como en adultos, debido al hecho de que continúan transmitiéndose mitos de generación en generación.

Los resultados sobre los mitos y realidades es congruente con lo que Perea (1997) expresa que en nuestras culturas existe una serie de creencias, mitos y prejuicios con respecto a la sexualidad y sus diferentes dimensiones. Cuando hablamos de mitos, nos estamos refiriendo a aquellas explicaciones o interpretaciones falsas, como mentiras, que se han transmitido o heredado por generaciones, a tal punto que se llegan a considerar como verdades naturales y aceptables. Los mitos además determinan el comportamiento y los pensamientos de las personas, por lo que pueden afectar o poner en riesgo tu vivencia de la sexualidad. Por eso es muy importante que puedas identificar y cuestionar estas falsas creencias.

5.2 Actitudes de las mujeres frente a los problemas de salud.

Producto de los mitos relacionados a la salud de las mujeres, pueden adoptar actitudes positivas o negativas según el problema de salud que estén enfrentando. Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí.

En entrevistas realizadas a mujeres del barrio Gilberto Romero y Gaspar García Laviana, las actitudes de ellas ante los problemas de salud son muchas, pero este va en dependencia del problema que se les presente.

a) Actitudes ante el embarazo

- ❖ Frustraciones
- ❖ Miedo
- ❖ enojo
- ❖ Trastorno debido a los múltiples dolores en la cabeza, abdomen, espalda, cuello, dolor de estómago, vómitos, diarrea, intolerancia a diversos alimentos.

La mayoría de las mujeres expresaron que cuando el problema es leve no acuden al centro de salud, solamente cuando es agudo asisten para que les hagan los exámenes necesarios y darse cuenta qué enfermedad está presentando aunque una vez ya valoradas son pocas las mujeres que se someten a tratamientos científicos rigurosos.

Al respecto una mujer refirió:

“Muchas mujeres durante el embarazo se le pueden presentar muchas tensiones y problemas que se podrían asociar a un embarazo normal, frustraciones y demandas emocionales, sentir ansiedad, miedo o enojo; mayor cansancio durante el día **(Entrevista realizada el 6 de septiembre 2011)**.

Otra mujer expuso:

“A nosotras las mujeres se nos presentan múltiples problemas de salud, Ante los cuales presentamos actitudes diferentes. Pero en lo que respecta al embarazo me enoja cuando algo no lo veo bien, miedo de sufrir por algún problema que traiga él bebe, fatiga ante dolores de cabeza, de espalda, y vomito” **(Entrevista realizada el 6 de septiembre 2011)**.

Esto se asocia con lo referido por **Maldonado (2005)** quien plantea que el embarazo en las mujeres es un período de grandes cambios físicos y psicológicos y que las actitudes que pueden presentar son:

- Frustraciones y demandas emocionales
- Ansiedad, miedo, enojo
- Mayor cansancio, sensibilidad, dependencia
- Deseo de terminar el embarazo
- Deseo de dar al niño en adopción
- Ambivalencia excesiva

Otra mujer entrevistada opino que:

“Cuando me encuentro enferma, mi conducta algunas veces no es muy buena porque me siento desmotivada y débil, a causa de los vómitos, diarrea, intolerancia a diversos alimentos cuando encuentro embarazada”

Lo ante descrito coincide con lo expresado por **Garza (1999)** quien refiere que las mujeres que enfrentan problemas de salud ante el embarazo, su estado de ánimo no es igual a la de una persona sana.

b) Actitudes de las mujeres ante el Cáncer de mama

- Tristeza
- Negación de la enfermedad
- Angustia de muerte
- desesperanza

En lo que respecta a las actitudes de las mujeres ante el cáncer de mama las mujeres entrevistadas manifestaron que desde la primera vez que le dan la mala noticia se ponen triste, angustia de pensar que va morir y por consiguiente un impacto emocional. Esto debido a que el cáncer sigue siendo una patología muy temida por las mujeres que la sufren.

Fernández (2005) sostiene que el cáncer de mama genera sentimientos de miedo, tristeza y negación en las mujeres que la sufren. Asocian la enfermedad a muerte, así como también a la castración de un órgano significativo, en este caso, la mama.

Al respecto una mujer manifestó:

“El año pasado me diagnosticaron cáncer de mama, el día que me dieron esa mal noticia sentí que todo se me venía encima, empecé a sentir desesperanza, miedo, tristeza, y la angustia de que en cualquier momento tendré que partir de esta vida. Porque ya el cáncer hasta avanzado y es poco probable que me cure. Esto me paso por no acudir al centro de salud a realizarme los exámenes necesarios”.

El Director del Centro de Salud Carlos Centeno nos expresó:

“Es importante que como médico, en estos casos, estemos más cerca que nunca de la paciente y tratemos de inducirla hacia otro tipo de ayuda profesional; debemos aconsejarle que adopte alguna terapia de grupo o que experimente compartir sus problemas con otras personas que estén atravesando la misma situación. Porque muchas de las mujeres de nuestro municipio no se realizan el examen del Papanicolaou porque les da miedo y vergüenza”.

Garza (1999), refiere que estas actitudes que presentan las mujeres se debe principalmente a la incertidumbre de su causa y de las posibilidades de curación, Esto tiende afectar la vida personal, familiar, social, laboral de la mujer que la sufre y la de su familia. Así mismo, cada persona, según sus creencias, actitudes y comportamientos afrontará la enfermedad de un modo distinto. También plantea que estas mujeres deben de buscar información respecto al problema ser la búsqueda de información, de apoyo social y emocional.

Como investigadora e investigador, podemos decir que el cáncer también ocasiona un desequilibrio en las familias, por asociar el cáncer a una enfermedad que generalmente causa la muerte y también por el miedo a los procedimientos terapéuticos y los cambios que conllevan. De igual manera las mujeres que los sufren acaban enfrentándose con sus propias limitaciones, puesto a que es una experiencia nueva, donde cuestionamientos, conflictos y reflexiones sobre sí misma, así como su interacción con los otros, están presentes.

Esto trae como consecuencia de que muchas mujeres mueran de cáncer cérvico uterino, de mamas, muertes maternas por descuido de las mismas mujeres y también por la falta de apoyo de sus semejantes, y la mala atención que en ocasiones se les brinda cuando estas asisten al centro de salud. Por otra parte porque sus maridos no les permiten que estas se realicen constantemente chequeos médicos.

c) Actitudes de las mujeres ante la menopausia

- Nerviosidad
- Inquietud Física
- depresión

Las mujeres entrevistadas manifestaron que ante la menopausia la actitud que presentan son nerviosidad, inquietud física y una gran depresión, por no haberse preparado con anticipación de los cambios que iba sufrir en la menopausia.

Muñoz, (2005), plantea que otro síntoma que se asocian en la menopausia son la nerviosidad en la que se incluye una inquietud física, la ansiedad se caracteriza por una sensación de inseguridad y miedo, la irritabilidad se manifiesta por una respuesta anormal ante estímulos ligeros o sin importancia, los signos de la depresión incluye la incapacidad para tomar decisiones, retraso psicomotor, disminución de reacciones emocionales.

Al respecto una de las mujeres entrevistadas expreso:

“tengo temor que durante la menopausia, enfrente problemas de salud que no pueda soportar, así mismo inquietud física, miedo, incapacidad de realizar las labores que he venido desempeñando”.

Podemos decir entonces, para que estas mujeres no sufran durante la menopausia, primeramente deben de prepararse físicamente y psicológicamente, porque las actitudes que ellas presentan pueden agravar más el problema o no poder superarlo de manera normal.

d) Actitudes de las mujeres ante la depresión

- Las mujeres mantienen su moral baja
- permanecen triste
- desganada de comer
- desganada de platicar con su familia
- levantarse de la cama
- Su estado de ánimo y de pensar cambia

Respecto al resultado obtenido, sobre la depresión las mujeres entre las edades de 50 a 65 son las propensas a sufrir una depresión, manifestaron que su moral es totalmente baja, permanecen triste, sin deseos de comer, de platicar con su familia, no levantarse de la cama.

Al respecto una de las mujeres manifiesto:

“Dos meses atrás, presente una depresión muy alta ante la cual tuve mi moral bien baja, permanecía todo el tiempo triste, no soportaba ni platicar con mi familia, por cinco días no probé ningún bocado de comida, y por supuesto algunos días amanecía que no me levantaba de la cama”. Mi familia buscaron ayuda por otro lado para ver como yo podía cambiar estas actitudes que tomaba lo que me afectaba más mi salud”.

Así mismo, **Palacios, 2007**, reconoce que las mujeres que padecen depresión, mantienen la moral baja o incluso semanas de acontecimientos desafortunados que le permiten estar triste y desganada de comer, levantarse de la cama y platicar con sus familias. Plantea también que las mujeres que sufren trastorno depresivo, cambia su estado de ánimo y su manera de pensar, la forma en la que come y duerme. Le afecta la autoestima. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno pueda librarse a voluntad. Las personas que lo padecen no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Con un tratamiento adecuado hay garantía de que se puede mejorar.

Entonces podemos decir que la depresión severa puede llegar a destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia totalmente. Sin embargo, las mujeres tienen la opción de evitarse tantos sufrimientos, con un tratamiento adecuado. Porque la mayoría de las personas que la sufren no buscan tratamiento, esto debido a que no saben que le sucede y a veces las personas de su entorno tampoco prestan la atención. Y para evitar esto al primer síntoma que

ellas presenten en recomendable que asistan al médico para que ellos le diagnostiquen el problema y puedan brindarle un tratamiento adecuado.

La tasa de depresión en la mujer casi duplica a la del hombre. Factores hormonales podrían contribuir a ello, específicamente, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo post-parto y la menopausia. Muchas mujeres presentan más estrés por las responsabilidades del cuidado de los hijos, la casa y la presión de un empleo. En algunos casos, el cuidado de sus padres o suegros ancianos o ser madre soltera viene a complicar la situación **(Ibíd, p.95)**.

Sin embargo el Ministerio de Salud de nuestro municipio brinda a las mujeres atención medica general, atención especializada en la materia de ginecología, atención en los programas de control cuando están embarazadas, atención radiológica tomándosele por lo menos dos ultrasonidos durante todo su embarazo. También les brinda charlas periódicas sobre enfermedades de transmisión sexual principalmente el VIH y SIDA, charlas sobre la prevención de las enfermedades prevenibles como la tuberculosis, la anemia, la diarrea, la malaria etc. Atención psicológica a través de la psicóloga con la que cuenta el centro de salud, pasajes aéreos a toda aquella embarazada con alto riesgo obstétrico que requiera ser trasladada hacia el hospital Berta Calderón de Managua.

Podemos decir que las actitudes de estas mujeres van en dependencia de su entorno social, nivel de educación, y del apoyo que reciban de sus familiares, conyugue y el personal del centro de salud Carlos Centeno. Por otro lado de la relación social que estas tengan dentro de la sociedad como tal. Porque sin el apoyo de su familia, amigos y esposos, las actitudes que tomen las mujeres no sería el adecuado. Es importante mencionar que este grupo de mujeres que se enfrentan a tantos problemas de salud, requieren del apoyo moral de la familia, porque al presentar diferentes actitudes, que no es lo indicado provocaría que estas agraven más su problema de salud, familiar, social y moral.

Consideramos también que esta problemática afecta en gran manera y de forma directa a las familias de las víctimas; porque son ellos los que cargan de manera indirecta con el problema, ya que tienen que mantener de cerca a la víctima, realizar vigilancia en su conducta y así poder sobrellevar las cosas de manera que no les acarree mas problemas.

5.3 Incidencia de las prácticas culturales en la salud de las mujeres.

Según entrevista realizada a las mujeres objeto de estudio expresaron que las prácticas culturales que inciden en la salud de ellas son:

- Existen diversas plantas y extractos que son utilizados para el tratamiento de ciertas enfermedades, siendo uno de los más utilizado el guarumo para el control de la diabetes, sabemos bien que el tratamiento con planta no suplanta de ningún modo el tratamiento médico pero si ayuda en la eficacia de estos y promueven la calidad de vida de las personas. Esta planta es también reductor de la presión arterial, ayuda en los pacientes obesos, y de presión alta. La práctica de la medicina natural es una realidad en nuestra población, pero los médicos o personas que recomiendan estas prácticas desconocen los efectos adversos en el uso de plantas como es el caso del Guarumo que si se utiliza en un paciente diabético pero que no padece de presión alta puede conllevar a afectar la salud de la persona ya que tiende a bajar la presión arterial.

En algunos casos el guarumo es utilizado en la atención de los partos en las mujeres que presentan dificultad al momento de dar a luz que medicamente este problema se conoce como preclancia y esta planta reduce la presión alta en las mujeres obstetricas. Pero la dosificación elevada de esta planta puede incluso causar la muerte tanto de la madre como la del niño o niña por un descenso de presión sanguínea.

- Existen diversas posiciones que utilizan las mujeres para dar a luz a sus bebés, que acuden a donde parteras y que por la comodidad de la mujer la que más se utiliza es la posición de rodilla, aunque los médicos recomiendan la posición de litotomía que consiste en la paciente acostada boca arriba con sus miembros inferiores extendidos, para facilitar el momento de expulsión del bebé. Las prácticas culturales en la atención del parto, son oportunas en la comunidad, pero al momento de complicaciones obstétricas en el parto como: hemorragia por desgarro uterino, atonía uterina (útero flácido), placenta previa, o retención placentaria, incluso en el parto prolongado es necesario trasladar a la paciente a una unidad de atención en salud; ya que nuestras parteras o comadronas no cuentan con el equipo y suministros médicos necesarios incluso los conocimientos científicos técnicos para poder resolver la complicación obstétrica en los barrios o comunidades de nuestro municipio de Siuna.

Lo que nos conlleva que el municipio de Siuna como parte de la RAAN es una de las regiones que más muertes maternas aportan al país. Siendo un problema de salud pública que radica en la cultura de nuestras mujeres a la hora de decidir quién atenderá su parto (una partera o en una unidad de salud).

- La manzanilla, es una planta que ejerce una función levemente sedante y que resulta muy adecuada para los desajustes del sistema nervioso, es la más utilizada por las mujeres en objeto de estudio para calmar dolores estomacales, los cólicos de la menstruación, y en baños

vaginales. El uso en la práctica de esta planta puede causar efectos secundarios como: comezón cutánea como reacción alérgica y somnolencia por su efecto sedante.

- El apazote es otra de las plantas que utilizan las mujeres en estudio para tratar los problemas de lombrices intestinales y dolores estomacales, para lo cual se prepara una cocción de las ramas en agua o en leche, se le deja reposar durante la noche y se le toma en ayunas durante al menos una semana y media. Produce un efecto de enema para evacuar las vías digestivas, pero el uso inadecuado de este tratamiento cultural puede terminar en deshidratación por las numerosas pérdidas electrolíticas como (sodio, potasio y calcio) presentes en la diarrea.
- La sábila, es una de las plantas más antiguas y que aún es utilizada en la actualidad ya que aún prevalece en las prácticas comunitarias de nuestras mujeres en los barrios; así mismo la utilizan con frecuencia para la caída del pelo, efectiva para expulsar las lombrices intestinales y otras clases de lesiones. Se desconocen reacciones alérgicas de esta planta.
- La ruda posee varios usos medicinales y aplicaciones curativas; tiene propiedades digestivas ya que estimula la función biliar, utilizada también para combatir los dolores de estómago; los espasmos musculares y los cólicos. En la aplicación de alta dosis puede provocar la muerte, ya que tiene un alto contenido de alcaloides. Y esta es contraindicada en mujeres embarazadas ya que contiene propiedades abortivas.
- El romero: posee diversos beneficios curativos, nuestras mujeres en estudio lo utilizan para tratar el estreñimiento ya que favorece la realización de los procesos digestivos, también para regular el flujo menstrual en las mujeres en edad fértil. Al momento de dosificar esta planta es muy importante medir la dosis de acuerdo con el tamaño de la masa corporal de la persona, ya que si damos una dosis más de lo debido, podemos perjudicar a la persona por intoxicación o una reacción alérgica a la planta.

Los resultados de la entrevistas indican que algunas prácticas culturales son oportunas en las situaciones donde no se cuenta con acceso a los servicios de salud, pero aunque estas son una realidad en nuestro municipio específicamente en los barrios en donde se realizó el estudio y que el sistema de salud actualmente está incorporando las prácticas de medicina cultural en el modelo de atención en salud Intercultural denominado MASI-RAAN. Estas prácticas son muy riesgosas para la salud de las personas, ya que no se cuentan con los conocimientos médicos ni equipos para tratar los problemas de salud de las

personas y que frente a una situación de complicación por los efectos adversos del uso de plantas medicinales desde reacciones alérgicas hasta intoxicaciones, las personas corren riesgo de que su salud se complique, hasta perder sus vidas.

Una de las mujeres entrevistadas expuso:

“Las prácticas culturales en ciertos momentos son de gran ayuda pero no lo suficientemente segura para solucionar los problemas de salud que a diario enfrentamos las mujeres. Pero dentro de las prácticas que más utilizo es la manzanilla, para calmar dolores estomacales, los cólicos de la menstruación **(Entrevista realizada, 6 de septiembre 2011)**.

Otra mujer refirió que:

“Yo como partera utilizo diversas prácticas culturales pero la que más utilizo es el Guarumo como bebida en la atención de los partos en las mujeres que presentan dificultad al momento de dar a luz que medicamente este problema se conoce como preclancia. Pero al momento de complicaciones en el parto como hemorragia por desgarro uterino, es necesario trasladar a la paciente a una unidad de atención en salud en la cual se nos permite a nosotras la partera atender a la paciente en el centro de salud.

Lo antes mencionado nos ha demostrado que las mujeres muchas veces recurren a las prácticas culturales, por la falta de tiempo en su hogar, porque no cuentan con un tiempo de descanso. Dado a que el trabajo de las mujeres es muy pesado y no les permite asistir al centro de salud a realizarse los exámenes médicos necesarios para estar con una adecuada salud. Y busca como remediarlos en su propio hogar.

Salgado, 2003 refiere que estas prácticas están muchas veces justificadas en nombre de las tradiciones y valores culturales. No hay dudas que las tradiciones y valores culturales son importantes para las identidades comunitarias, pero es fundamental darse cuenta que no pueden mantenerse a expensas del derecho a la salud de las personas

Al respecto otra mujer entrevistada refirió que:

“Otra práctica cultural, es la posición que utilizamos las mujeres al momento de dar a luz, y la que más se utiliza es la posición arrodillada, pero muchas veces se presentan complicaciones que requieren ser atendidas por el personal del centro de salud”.

Esto se fundamenta con lo referido por **Soler 2005**, refiere que una de las prácticas culturales en la atención del parto es la posición que adopta la mujer en el momento de dar a luz, pueden ser en cuclillas, sentada, arrodilladas entre otras

(parto tradicional). Y que en la actualidad el personal de salud atiende los partos en la posición que la mujer decide dar a luz.

Al respecto el director del centro de salud nos manifestó que ellos durante los partos les dan la opción a las mujeres de decidir en qué posición dar a luz y se les permite que un familiar las acompañe durante el parto.

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio, sobre la incidencia de las prácticas culturales en la salud de las mujeres, podemos decir han incidido en la salud de muchas mujeres en gran manera. Que hasta se han olvidado de los centros de salud empeorando así su salud.

Pudimos darnos cuenta que, muchas mujeres de nuestro municipio emplean prácticas culturales en la utilización de métodos con hierbas, esto por razones culturales que sus antepasados le han inculcado. Sin embargo algunas de estas prácticas son nocivas e inseguras pero ellas no se dan cuenta del problema que les causa.

Aunque estas mujeres al someterse a chequeos médicos generales sus vidas fuera más tranquila; pero producto de las inculcaciones de los mitos estas hacen caso omiso a los medicamentos científicos y optan por la medicina tradicional aunque les causen daños severos a su salud.

VI.CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en este estudio, logramos analizar y darnos cuenta que:

Los principales mitos y realidades en relación a la salud de las mujeres están fundamentalmente sobre los métodos anticonceptivos, embarazos, menstruación, cáncer de mama, examen del Papanicolaou, la menopausia. Estos siguen siendo transmitidos a sus hijas como una herencia cultural. Las realidades nos indican que las mujeres viven estos mitos según el problema de salud que estén enfrentando.

Las actitudes expresada por las mujeres, han sido el estado de la disposición nerviosa y mental, a partir de las vivencias y estado dirigida a frustraciones, miedo, enojo, tristeza, negación de la enfermedad, angustia de muerte, desesperanzas, depresión, nerviosismo, la que adquieren una cierta predisposición que les permite responder ante los estímulos.

En lo que respecta a la incidencia de las prácticas culturales en la salud de las mujeres se puede concluir que son una realidad según el modelo de atención en salud intercultural MASI-RAAN debido a que la salud y la enfermedad son dos conceptos internos de la cultura. En donde la cultura moldea el comportamiento de las personas que presentan determinados problemas de salud.

VII. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

1. Que en coordinación con organizaciones encargadas en temas de la salud, implementen charlas de manera continua vía radial, televisiva en cuanto a las enfermedades que afectan la integridad física, psicológica y social de las mujeres y la importancia de tratarlas a tiempo.
2. Que garantice una atención especializada en cuanto al trato humano que se le debe dar a las mujeres al momento que estas asisten al centro de salud y evitar de esta manera la inasistencia a los chequeos médicos que deben de realizarse.

A las mujeres

3. Que reconozcan de que las prácticas culturales no son las adecuadas para tratar en gran medida su salud, porque en ciertos momentos pueden complicar su salud debido a efectos nocivos, esto a través de divulgaciones radiales, televisivas y capacitaciones en los barrios.
4. Que no inculquen mitos a sus hijos para que estos puedan liberarse de ellos y enfrentar una vida real en el futuro. A través de capacitaciones en donde se sensibilice de que las prácticas de mitos no es beneficioso para su salud.
5. Todas las mujeres deben realizar controles médicos periódicos para conocer su estado de salud general. Es importante tomarse los tiempos necesarios para el cuidado y prevención en salud y no postergarlos hasta el momento en que las enfermedades empiezan a manifestarse.

VIII.LISTA DE REFERENCIAS

- Antolín, L. (1997), Cooperación en salud con perspectiva de género, Federación de Planificación Familiar de España, Madrid. Pág.200. **[En línea]. Disponible en:** www.saludynutricion.es. (Consultado el 22 de Septiembre del 2011).
- Arango, B. (1997). La salud en América latina. Madrid. Pág.200. **[En línea]. Disponible en:** www.saludynutricion.es. (consultado el 22 de Septiembre del 2011).
- CEPAL/CELADE,(2002). Informe sobre los mitos en Nicaragua. Nueva York. **[En línea]. Disponible en:** www.mitos.com/salud/salud.htm (consultado el 24 de septiembre del 2011).
- Garza, S.,(1999). Los mitos en la mujer mesoamericana, volumen 281, págs. 1106-1109. **[En línea]. Disponible en:** www.cladem.org.uy3. (consultado el 23 de Septiembre del 2011).
- García, Avendaño, Pedro, (2009). **Mitos y realidades de la mujer frente al deporte.** Madrid, España
- Jaramillo Antillón, Juan. 2009 Los problemas de la Salud en Costa Rica. Segunda Edición Corregida. OPS Ministerio de Salud, Costa Rica. **[En línea]. Disponible en:** la.web.problemassalud/salud/htp. (Consultado el 2 de octubre del 2011).
- Maldonado A, (2005).Actitudes Negativas Hacia El Embarazo Y Sus Consecuencias. **[En línea]. Disponible en:** htm://www.embarazo.com/actitudessalud. (consultado el 1 de Octubre del 2011).
- Manual. “Violencia contra las mujeres”. Editado por el Instituto de la Mujer, dependiente de la secretaría General de Políticas de Igualdad, que se integra en el Ministerio de Igualdad del Gobierno de España.2008. Consulta: (1 de Noviembre 2011).
-
- Medel y Díaz. Mujer, 1996. Trabajo y salud: los daños ocultos. En: Revista Trabajo Salud. Mujeres en riesgo, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Santiago, Chile. Pág. 200. **[En línea]. Disponible en:** <http://www.saludmed.com/Salud.html>. (consultado el 21 de Septiembre del 2011).

- Méndez Jarvin, (2003). "Tradiciones **culturales** cuyas **prácticas afectan la salud** de la mujer". En todo el mundo, y Seguridad Social. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Martínez Calvo, S. (1997). Mitos en la salud de las mujeres. Habana. P.54.
- Muñoz M, (2005). Diagnóstico de mujeres ante los problemas de salud. Rev. Enfermería Global. [En línea]. Disponible en: <http://www.salud.coms/eglobal>. (consultada el 1 de octubre 2011).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005). Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos de la salud. [En línea]. **Disponible en:** <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB-folleto-20011>. (consultado el 20 de Junio del 2011).
- Felson Frank (2002). Los mitos que inciden en los seres humanos. Pág.111. [En línea]. **Disponible en:** www.medicinayprevencion.com/salud/salud.htm. (Recuperado el 25 de Septiembre del 2011).
- Fernández Silva, A (2005). Actitudes de las mujeres ante el Cáncer de mama. Fortaleza: editora. Honduras.p.200. [En línea]. **Disponible en:** <http://www.actitudsalud.com.es/eglobal>. (consultado el 25 de Septiembre del 2011).
- Ferreira, G.B. (2005). Biblioteca Universitarias en Internet: Hombres violentos, mujeres maltratadas: Aportes a la investigación y tratamiento de un problema social. Buenos Aires: Sudamericana. [En línea]. **Disponible en:** <http://www.violenciaproblemasocial/buenosaires.com> (consultado el 1 de Noviembre 2011).
- Garza M, (1999). Actitudes y comportamiento de las mujeres ante problemas de salud. San José Costa Rica. Pp.300. [En línea]. **Disponible en:** De <http://www.conductasenlasalud.com/salud/>. (Consultado el 1 de junio 2011).
- González M, (2003). Actitudes y comportamiento de las mujeres ante problemas de salud. San José Costa Rica. Pp.250. [En línea]. **Disponible en:** <http://www.conductasenlasalud.com/salud/>. (consultado el 5 de Septiembre 2011).
- Gómez A, (1997). Los mitos y realidades. San José Costa Rica. P 200. [En línea]. **Disponible en:** <http://www.mitos.com>. (consultado el 25 de Septiembre del 2011).

- Palacios M, 2007. Antecedentes de la depresión en Mujeres. Archivos de medicina internacional. **[En línea]. Disponible en:** depressionmujer.com/salud.htm. (consultado el 5 de octubre del 2011).
- Perea, María C.E, (1997). Mitos que se dan ante un aborto .Cita sugerida Informes presentados. **[En línea]:** Revista de Psicología, 3, p. 95-100. **Disponible en:** www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.873/pr.873.pdf. (consultado el 21 de septiembre 2011).
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1995), Informe sobre el Desarrollo Humano. Nueva York.
- Ramírez Eugenio, (1996). Seminario de los mitos que inciden en la salud de las mujeres. San José: (ICAP,). p. 310. **[En línea]. Disponible en:** www.prevencion.com/salud/salud.htm. (consultado el 21 de Septiembre del 2011).
- Salgado D, (2003). Las prácticas culturales que afectan la salud de las mujeres y niños. vol. 6, N° 7, San José Costa Rica. Junio.p.200.
- Soler Pilar, (2005). Norma técnica para la atención del parto con adecuación intercultural. Ministerio de Salud. Dirección General de salud. Estrategia sanitaria nacional de la salud sexual y reproductiva. Lima-Peru Ministerio de Salud, 2005. **[En línea]. Disponible en:** 40pp. www.atencionparto.com/Minsa.gob.pe. (Consultado el 1 de octubre 2011).
- Taylor G, (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre, Bolivia. Pp.300. **[En línea]. Disponible en:** www.culturaysalud.com/practicas/htm. (Consultada el 15 de septiembre 2011).
- UNFPA, 2008. Mujer y salud mental. Mitos y realidades. Psiquiatría Pública. Vol. 10. Núm. 4. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, p.110. **[En línea]:** revista Menopausia y Depresión. **Disponible en:** de <http://www.saludmed.com/salud.htm>. (recuperada el 25 de Julio del 2011).
- Villavicencio S (2001). UNIVERSIDAD BARCELONA. Cambios de creencias en las mujeres, perfil de potencialidades y agentes de cambio. Santiago,. Pág. 200. **[En línea]. Disponible en:** de <http://www.saludmed.com/Salud.html> (consultado el 21 de Septiembre del 2011).

IX. ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE.
URACCAN – LAS MINAS
SIUNA – RAAN.**

Anexo N°.1

GUÍA DE ENTREVISTA A MUJERES DEL MUNICIPIO DE SIUNA

FECHA:

OBJETIVOS: RECOPIRAR INFORMACION ACERCA DE LOS MITOS Y REALIDADES EN LA SALUD DE LAS MUJERES.

I. PRINCIPALES MITOS Y REALIDADES EN RELACION A LA SALUD DE LAS MUJERES

1. ¿Cuándo escucha hablar de la palabra mito ¿Qué entiende?
2. ¿Conoce algunos mitos asociados a la salud de las mujeres?
3. ¿Cree usted que estos mitos influyen en la vida de las mujeres? ¿Por qué?
4. ¿Utiliza usted estos mitos?
5. ¿Cuál es la verdadera realidad de los mitos relacionados a su salud?

II. ACTITUDES DE LAS MUJERES FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD:

1. ¿Cuándo usted se siente enferma que hace? ¿A dónde acude? ¿Por qué?
2. ¿Qué es lo que prioriza más en su vida diaria? ¿Por qué?
3. ¿Cuándo usted está enferma? ¿Qué apoyo recibe? ¿De quién?
4. ¿Cómo es su comportamiento cuando se encuentra enferma?
5. ¿Cómo es la relación con su familia?
6. ¿Qué enfermedades la afectan más?
7. ¿De su valoración de las enfermedades que afectan a las mujeres en el municipio? ¿Por qué? ¿Cuáles enfermedades?
8. ¿Por qué cree usted que estas enfermedades afectan más a las mujeres?

9. ¿Sabe usted de que enfermedad mueren más las mujeres en el municipio?
10. ¿Considera importante el realizarse los exámenes necesarios para tener una buena salud? ¿Por qué?
11. ¿Qué opina de la atención brindada a las mujeres en el centro de Salud?

III. INCIDENCIA DE LAS PRACTICAS CULTURALES EN LA SALUD DE LAS MUJERES

1. ¿Cómo las mujeres se auto cuidan su salud?
2. ¿Qué hacen?
3. ¿Cómo es la higiene personal?
4. ¿Qué alimentos nutritivos consumen las mujeres?
5. ¿Cómo ve la carga de trabajo de la mujer, considera que le perjudica su salud, Por qué?
6. ¿Que espacios de recreación y descanso tienen las mujeres en su familia?

**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
URACCAN**

ANEXO N°.2

**GUIA DE ENTREVISTA AI DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD CARLOS
CENTENO DEL MUNICIPIO DE SIUNA**

FECHA:

OBJETIVO: RECOPIRAR AFIRMACIÓN REFERENTE A LOS MITOS Y REALIDADES EN LA SALUD DE LAS MUJERES DEL MUNICIPIO DE SIUNA.

I. PRINCIPALES MITOS EN RELACION A LA SALUD DE LAS MUJERES

1. ¿Tiene conocimientos sobre que son los mitos?
2. ¿Conoce cuales son los mitos que influyen en la salud de las mujeres?
3. ¿Cuáles son los esfuerzos que está realizando el centro de salud para prevenir que estos mitos incidan en la salud de las mujeres?

II. ACTITUDES DE LAS MUJERES FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD:

1. ¿Considera que los mitos afectan el estado emocional de las mujeres?
2. ¿Cómo es el comportamiento de las mujeres ante los problemas de salud?
3. ¿Cómo es el trato que se les brinda cuando asisten a sus chequeos médicos?

III. INCIDENCIA D E LAS PRACTICAS CULTURALES EN LA SALUD DE LAS MUJERES

1. ¿Cuál es la asistencia médica que se les brinda a las mujeres en el centro de salud?
2. ¿De qué manera inciden las prácticas culturales en la salud de las mujeres?
3. ¿Considera que la medicina natural es una opción importante ante problemas de salud que enfrentan las mujeres del municipio de Siuna?

**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
URACCAN
ANEXO N°.3**

**GUÍA DE ENTREVISTA A ENFERMERAS QUE LE BRINDAN ATENCIÓN A
LAS MUJERES EN EL CENTRO DE SALUD CARLOS CENTENO.**

NOMBRE DE LA ENTREVISTADA/O:

OBJETIVO: RECOPIRAR INFORMACION DE LOS MITOS Y REALIDADES
EN LA SALUD DE LAS MUJERES DEL MUNICIPIO DE SIUNA.

Guía

**PRINCIPALES MITOS Y REALIDADES EN RELACION A LA SALUD DE LAS
MUJERES**

1. ¿Tiene usted conocimiento sobre algunos mitos en relación a la salud de las mujeres?
2. ¿Cuáles Cree usted que son los más relevantes?
3. ¿Cuál es la verdadera realidad de los mitos relacionados a su salud?

ACTITUDES DE LAS MUJERES FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD:

1. ¿Cree usted que estos mitos afectan el estado emocional de las mujeres de que manera?
2. ¿Cómo considera usted que es el comportamiento ante problemas de salud?
3. ¿Qué atención le brindan a las mujeres que asisten al centro de salud?

**INCIDENCIA D E LAS PRÁCTICAS CULTURALES EN LA SALUD DE LAS
MUJERES**

1. ¿De que manera inciden las prácticas culturales en la salud de las mujeres?
2. ¿Cómo es el trato que le brindan a estas mujeres cuando asisten a este centro de salud?
4. ¿Considera que la medicina natural es una opción importante ante problemas de salud que enfrentan las mujeres del municipio de Siuna?