

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSTGRADO

**Mitos y costumbres del rol de género en mujeres que acuden solas o acompañadas por su pareja a los consultorios de gineco obstetricia Hospital Dos de Mayo 2003**

TESIS Para optar el Grado Académico de: **MAGÍSTER EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN: SALUD REPRODUCTIVA**

**AUTOR**

**Magaly Carrión Reyna**

**LIMA – PERÚ 2005**

## AGRADECIMIENTO

A Dios por iluminar, guiar y acompañarme a cada instante en el camino de la vida. A esta Honorable casa de estudios y a todo el personal que labora en ella , quien me albergó en sus aulas transmitiéndome Sabiduría y Valores.

### DEDICATORIA

A mi madre Cruz Reyna Valdivia

Por su amor incondicional y

Ejemplo.

A mi tío Monroe Reyna Trauco  
quien hizo posible la culminación  
de esta tesis.

A todos y cada uno en especial de mis Familiares y amigos  
quienes siempre estuvieron a mi lado y alentaron  
la perseverancia.

## RESUMEN

Con la finalidad de encontrar la relación que exista entre los Mitos y Costumbres del rol de Género y concurrencia de las mujeres con o sin pareja en los consultorios de Gineco-Obstetricia del Hospital Dos de Mayo ; se estudió a 140 mujeres (70 con acompañamiento de sus respectivas parejas y 70 sin el acompañamiento de ellos) que acudieron a estos servicios , en quienes se realizó la entrevista, las mismas que cumplieron los criterios de inclusión durante los meses de Mayo a Julio del 2003.

El estudio fue descriptivo , comparativo, prospectivo, analítico.

Para la elaboración del cuestionario se utilizaron las conclusiones de trabajo ‘ focus group’ más el apoyo de la literatura . Los resultados obtenidos de la recolección de la información fueron tabulados en una base de datos y procesados con el paquete estadístico SPSS ver. 10.0

Luego del análisis se encontró alta significancia estadística entre los Mitos y Costumbres del rol de Género y la no ocurrencia de la pareja varón de las mujeres que acuden a los consultorios externos de Gineco- Obstetricia del Hospital Dos de Mayo.

Constituyendo así los mitos y Costumbres del rol de Género , factores asociados con la salud reproductiva de la mujer.

## INTRODUCCIÓN

En los países latinoamericanos así como el nuestro, donde priman los problemas sociales, como la pobreza, violencia física e intrafamiliar, la subyugación de la mujer, abuso sexual, embarazo en adolescentes, etc. Se han realizado pocos estudios acerca de la razón o causas de la existencia de ellos, talvez algunos de ellos estén enmascarados en los Mitos y Costumbres del rol de género. Así también la participación del varón en el cuidado de la Salud Reproductiva es escasa, algunos de los estudios (1,2) realizados en el servicio de psicoprofilaxis, encontraron a la deficiente participación del varón como factor de riesgo para la morbilidad Materno-Perinatal, acrecentando así el gasto económico y disminuyendo la calidad de vida. Es por esto que la atención en Salud Reproductiva se promueve ahora como una forma de abordar toda una gama de necesidades de la salud de las mujeres y de mejorar los servicios proporcionados. En la Conferencia Internacional sobre Investigación en Salud para el Desarrollo, participó la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), con el fin de fomentar y fortalecer la inclusión de la perspectiva de Género, como un aspecto fundamental que debe considerarse de manera transversal en los diferentes estudios en salud, para el desarrollo y adopción de prácticas saludables y en el ámbito de la investigación como campo del saber, teniendo en cuenta que se trata de un enfoque esencial para el logro de la equidad (3-8).

El término ROL DE GÉNERO, se refiere a los roles y/o responsabilidades de las mujeres y los hombres, contruidos socialmente en una determinada cultura o lugar. Estos son influenciados por las percepciones y expectativas que emanan de factores culturales, políticos económicos, así como de Mitos y Costumbres. Es esencialmente una construcción sociocultural que varía de un grupo social a otro y de una época a otra. Los MITOS del rol de género, que son narraciones y/o representaciones simbólicas hechas por el hombre con el afán de explicar la naturaleza del hecho de ser varón o mujer. Estos aparecen desde tiempos remotos por ejemplo en la mitología griega Zeus, representa el trueno y los cielos, Hefesto dios del fuego, Démeter diosa del grano, Hera representa al matrimonio; aquí apreciamos la relación del varón con el poder y la

fuerza y a la mujer con el alimento y el hogar. El libro del Génesis también utiliza el lenguaje alegórico y simbólico para tratar de explicar la naturaleza del hecho de ser varón o mujer, Dios hizo primero al hombre “Adán” y de una de sus costillas sacó a la mujer “Eva”, apreciamos entonces una cultura de “patriarcado” y “matriarcado”, donde el varón representa autoridad, fuerza, poder, dominio, inteligencia, proveedor y la mujer como vemos cuando Eva come del fruto prohibido, representa la debilidad, dependencia, subordinación, emocional, subjetiva, vergonzosa, etc. La vida de la mujer es la vida misteriosa escribía María Zambrano (9), que no se deja objetivar en la historia. Por mucho tiempo se ha mantenido el mito de que “cada sexo es un misterio para el otro”, la definición de la diferencia sexual como establecida por Dios, la naturaleza y la biología. De esta manera se han considerado los Mitos del rol de género para el presente estudio y para la respectiva encuesta los datos referidos en la literatura (9-11), ejemplo: la mujer es delicada, cariñosa, dependiente, voluble...y el varón es brusco, frío, independiente, decidido... Posteriormente estos Mitos continuaron afirmándose y convirtiéndose en Costumbres, llegando a legitimarse o legalizarse; por ello las COSTUMBRES del rol de género son hábitos adquiridos por la repetición de actos, asignados al comportamiento, actitudes y prácticas de las personas que se creen son propios, esperables y adecuados para determinados grupos como varones y mujeres, diferenciados entre sí. Y para el presente estudio fueron tomadas de las respectivas referencias de las mujeres del grupo focal. Otros referidos por la literatura (9-11) tenemos:

- La asociación de la maternidad con la feminidad, como cualidades de personalidad de la mujer contribuyeron a sustentar la sexualidad femenina.
- El hombre estableció la norma sobre la persona y conducta de su esposa, “derecho de propiedad”, fundamenta la norma de sus Mitos: él gobierna por decreto, ella por persuasión, el imperio de la mujer es un imperio de ternura..., delicadeza, sus instrumentos de mano son las caricias, sus amenazas son las lágrimas.
- Las ideas de amor romántico estaban amalgamadas con la subordinación de la mujer al hogar y con su relativa separación al mundo exterior, los sentimientos de camaradería masculina quedaron relegados a actividades como el deporte en otras como el ocio o participación en la guerra o política.
- Tradicionalmente los hombres consideraban que necesitaban experiencia sexual para su salud física. Generalmente siempre se ha aceptado que los hombres tengan relaciones sexuales

múltiples antes del matrimonio, y la doble moral, también después de él. Un solo acto de adulterio por parte de la mujer era una ruptura imperdonable, en cambio el adulterio del varón era considerado un desliz, lamentable pero comprensible.

- La virginidad de las mujeres hasta el matrimonio era apreciada por el varón, las mujeres más activas sexualmente eran desprestigiadas, en cambio el prestigio de los chicos dependía de las conquistas sexuales que podían lograr.
- Las mujeres que anhelaban el placer sexual eran específicamente innaturales, como escribió un especialista : “lo que es condición habitual del hombre (la excitación sexual) es una excepción en el caso de la mujer.
- En el acto sexual la mujer gime, es pasiva, sumisa y el hombre calla, es activo, dominante.

Lo que antes era nominado como naturaleza (mito) hoy es dominado por los sistemas socialmente organizados (costumbre).

La base del patriarcado y matriarcado todavía están presentes en nuestra cultura (12).

Estas diferencias así como el acceso, control de los recursos y sobre todo la capacidad de ejercer decisiones, influyen en el cuidado de la SALUD REPRODUCTIVA de la mujer, entendida como un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente de la ausencia de dolencia o enfermedad, en todos los temas relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Las personas son capaces de tener una vida sexual segura y que produzca satisfacción y tienen la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si hacerlo y cuándo y cómo hacerlo. Tanto hombres como mujeres tienen el derecho a ser informados y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para controlar la fecundidad, así como acceso a la atención de salud para un embarazo y parto seguros(3,13).

Es por esto que “la concurrencia de la mujer con su pareja” a los consultorios de Gineco-obstetricia, ha sido considerado como factor asociado en la Salud Reproductiva de ella; ya que ambos tienen los mismos derechos y obligaciones como entes integrantes de la familia, el bienestar de ella implica el de su pareja. Por ejm. Se viene observando en la consulta, que muchas veces la mujer acude sola y si va con su pareja él la deja pasar sola al consultorio o bien prefiere enviarla con un familiar o conocido; también las mujeres piden que el profesional de salud escriba claro y preciso las indicaciones y recomendaciones con el propósito de que sus parejas las puedan entender en casa; otras piden una invitación por escrito para el cónyuge para una próxima cita. Hay varones que dan poca importancia a la salud de la mujer y por lo tanto restringen la utilización de los recursos para ello, pero si él conociese el problema entonces apoyaría en la prevención y recuperación. Se obtienen mejores resultados tanto físicos como sociales cuando

ambos asumen la responsabilidad de mejorar y proteger la Salud Reproductiva y mejoran a su vez los servicios de atención como psicoprofilaxis, estimulación pre-natal, planificación familiar, sala de partos, etc. Porque permite aprender y reforzar el trabajo en equipo con participación de la pareja, logrando la satisfacción del usuario.

Se viene observando entre otros elementos que los Mitos y Costumbres del rol de género, continúan siendo factores asociados en la Salud Reproductiva de la mujer, dado que los valores relacionados con los géneros muchas veces sitúan a la mujer en una posición subordinada con respecto al hombre; esto sucede en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos; es por esto y con el afán de promover la participación del varón en los servicios de Salud Reproductiva se investigó la RELACION QUE EXISTE ENTRE LOS MITOS Y COSTUMBRES DEL ROL DE GÉNERO Y LA CONCURRENCIA DE LA MUJER CON O SIN PAREJA EN LOS CONSULTORIOS DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DOS DE MAYO Enero-Julio 2003.

Se midió la variable de Mitos y Costumbres del rol de género a partir de las mujeres, porque en el plan piloto ejecutado los resultados de ellas fueron muy similares a los de sus respectivas parejas a pesar de aplicar la encuesta aisladamente, sin hallarse diferencia significativa estadísticamente. Además de considerar que ellas son la medida reflejo de sus convivencias y el rol de madre tiene consecuencias profundas para ambos sexos, la relación madre-hijo está influenciada por la maternidad y ésta es la raíz de algunos de los aspectos más penetrantes en la diferencia de los papeles sexuales de hoy.

De esta manera se logró identificar el grado de arraigamiento de los Mitos y Costumbres del rol de género empoderados por la mujer y la relación que éstos guardan con la participación de la pareja en los consultorios externos del Hospital Dos de Mayo. Todo esto abre luces para orientarnos a emprender estrategias educativas con respecto a la prevención y recuperación de la Salud Reproductiva, con énfasis en la Morbi-mortalidad Materno-perinatal. De esta manera contribuir a ejercer conductas saludables del varón y la mujer, la familia y por ende de la comunidad. Lo que se trata no es medir las diferencias masculinas de las femeninas, sino de pensar en una posible reconciliación entre los sexos, basada en una renovación de la lealtad y confianza entre varones y mujeres adultos.

## **OBJETIVO GENERAL :**

Encontrar la relación que existe entre los mitos y costumbres del rol de género y la concurrencia de la mujer con o sin pareja a los consultorios de gineco-obstetricia del hospital dos de mayo. Ene-Jul. 2003

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

En las mujeres que concurren con o sin pareja a los consultorios de Gineco-Obstetricia del Hospital Dos de Mayo:

- Describir algunos datos generales de la población estudiada
- Identificar y determinar el grado de arraigamiento de los mitos y costumbres del rol de género.
- Describir los mitos y costumbres del rol de género más frecuentes y significativos estadísticamente.

## **VARIABLES:**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE :**

Mitos y Costumbres del rol de género.

(Operacionalización de variables. Anexo 1)

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

Concurrencia de la mujer con o sin pareja a los consultorios externos de Gineco-Obstetricia del Hospital Dos de Mayo.

## **HIPÓTESIS**

Los mitos y costumbres del rol de género están relacionados con la concurrencia de la mujer sin su pareja a los consultorios de gineco-obstetricia del hospital 2 de mayo.



## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO**

descriptivo, comparativo, prospectivo, analítico.

### **AREA DE ESTUDIO**

Salud Reproductiva: Consultorios de Control Pre-natal, Puerperio y Planificación Familiar.

### **POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### POBLACION;

Todas las mujeres que acompañadas o sin ser acompañadas por su pareja ingresan a los consultorios externos de control pre-natal, puerperio y Planificación Familiar del H2M.

#### MUESTRA;

#### *Cálculo del tamaño muestral:*

$$n = 2(Z\alpha + Z\beta)^2 \frac{p^o(1-p^o)}{(p1-p2)^2}$$

n = 62 casos para cada grupo  
(para efectos del estudio se consideró 70)

$Z\alpha$  = 1.96 confiabilidad de p1

$Z\beta$  = 0.84 confiabilidad de p2

$p^o$  = 20% probabilidad que las mujeres acudan acompañadas por su pareja

$p1$  = 30% probabilidad que las mujeres con mitos y costumbres arraigados en menor intensidad acudan acompañadas por su pareja

$P2$  = 10% probabilidad que las mujeres con mitos y costumbres arraigados en mayor intensidad acudan acompañadas por su pareja

- Las probabilidades se obtuvieron de la encuesta piloto (50 participantes)

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Toda mujer en edad reproductiva que actualmente esté viviendo con su pareja, sea casada o conviviente.

Aceptación de la mujer a ser incluida en el grupo estudio

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Aquella mujer que no esté actualmente conviviendo con su pareja.

Aquella mujer que acude a la consulta sin su pareja y refiere que en algún momento (una a más veces) durante el año en curso su pareja si la acompañó.

Aquella mujer que dependa económicamente de sus padres, suegros, otros que no sea su pareja.

Aquella mujer que acude sola y refiere que su pareja se encuentra trabajando.

## **PROCEDIMIENTO, TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS;**

Para la elaboración del cuestionario (**anexo 2**) y categorización respectiva del grado de arraigamiento de los mitos y costumbres del rol de género, primero se utilizó, la técnica de recolección de la información, mediante los “grupos focales”; tomando como sujetos a 2 grupos del servicio de psicoprofilaxis (8 participantes mujeres por cada grupo) y a 2 grupos de puérperas (6 participantes mujeres por cada grupo) del Hospital 2 de Mayo, en 4 semanas diferentes una para cada grupo tomando un día de cada semana, aplicándose los pasos redactados en el **Anexo 3**, como resultado se obtuvieron las preguntas sobre costumbres de la encuesta (parte IV Mitos y Costumbres) numeradas del 1 al 15 y del 16 al 30 fueron tomadas de la bibliografía respectiva (4,14-16), cuyos datos fueron ajustados luego de ejecutado el plan piloto. Se utilizó el consentimiento informado (**anexo4**).

Al grupo muestral (70 mujeres que acudieron acompañadas por su pareja y 70 mujeres que acudieron sin el acompañamiento de su pareja, e ingresaron a los respectivos consultorios mencionados), se les identificó al momento de salir de su consulta, mediante la técnica de muestreo aleatorio simple, aquella que salía con su respectiva pareja o familiar se pedía el favor de quedarse sola mientras respondía la encuesta, luego de realizada la entrevista-encuesta, se obtuvieron los datos de interés.

## **PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos de las fichas encuestadas se vaciaron a una base de datos previamente elaborada en el programa de SPSS ver. 10.00. Los resultados fueron analizados por el investigador con asesoría estadística y se eligieron los cuadros objetivos de interés a ser presentados con la respectiva significancia estadística.

## **TERMINOLOGIA**

**CONSULTORIOS DE GINECO-OBSTETRICIA**, consultorios externos de Control pre-natal, Puerperio y Planificación familiar del Hospital 2 de Mayo.

**CONCURRENCIA DE LA MUJER CON PAREJA**, mujer que acompañada por su pareja ingresa al consultorio de Gineco-Obstetricia del H2M.

**CONCURRENCIA DE LA MUJER SIN PAREJA**,mujer sola (sin pareja) que ingresa al consultorio de Gineco-Obstetricia del H2M

**Rol de Género,** se refiere a roles y responsabilidades de las mujeres y los hombres, contruidos socialmente en una determinada cultura o lugar (10).

**Mito,** narración o representación simbólica de un objeto, idea, hecho o persona sin ningún fundamento científico, producto de la facultad imaginativa que se utiliza para descubrir realidades a fin de dar a entender el origen de la naturaleza. Su principal característica es la transmisión oral, aunque a veces se consigue más tarde por escrito. Para el presente estudio el Mito del rol de género es tomado en cuenta desde el punto de vista en que el hombre trató de explicar la naturaleza del hecho de ser varón o mujer. Ejm. “Adán y Eva”, Adán: representó autoridad, fuerza, poder; Eva: representó dependencia, debilidad, subyugación, etc. (otros considerados en la encuesta fueron tomados de la literatura revisada) (10,11,17).

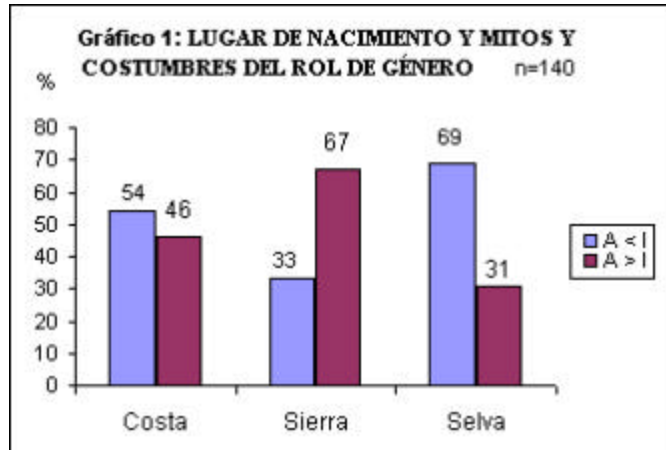
**Costumbre,** hábito, cualidad y uso adquirido por la repetición de actos de la misma especie, práctica que ha adquirido fuerza de precepto lo que se hace más comúnmente (ejm. Mestruación). Forman el carácter de una nación o persona transformándose en reglas sociales que definen el comportamiento de las personas de una sociedad. Ejm. Al nacimiento del bebé suele vestirse de color rosado a la mujer y celeste al varón. Para el presente estudio se ha considerado las actitudes y prácticas cotidianas atribuidas al hecho de ser varón o mujer, referidas por las mujeres del grupo focal (Anexo 2, parte IV Mitos y Costumbres) (17,18).

**Mitos y Costumbres del rol de género, (mito)** narraciones y/o representaciones simbólicas hechas por el hombre con el afán de explicar la naturaleza del hecho de ser varón o mujer. **(costumbre)** hábitos adquiridos por la repetición de actos; asignados al pensamiento, comportamiento, actitudes y prácticas de las personas, que se creen son propios, esperables y adecuados para determinados grupos como varones y mujeres, diferenciados entre sí. Ejm. Los mencionados en la encuesta (anexo 2, parte IV Mitos y Costumbres del rol de género)

### ***III.- RESULTADOS***

## DATOS GENERALES

- Con respecto a la edad reproductiva, no hubo diferencias significativas para ambos grupos. En el grupo de las mujeres que acudieron acompañadas por su pareja (70); el 54% (38) de ellas tenía entre 20 a 29 años, seguido por el 27% (19) entre 30 a 49 años y 19% (13) tuvieron entre 14 a 19 años. En el grupo de aquellas mujeres que acudieron solas (70); el 52% (37) tenían entre 20 a 29 años, seguido del 29% (20) entre 30 a 49 años y 19% (13) entre 14 a 19 años.
- El estado civil en la mayoría de las mujeres fue la convivencia; 79% (55) de las que fueron sin pareja y 70% (49) en aquellas que acudieron con su pareja. Con 21% (15) y 30% (21) casadas respectivamente.
- En el grupo de mujeres que acudieron sin su pareja; el 43% (30) fueron gestantes, seguido del 39% (27) de usuarias de planificación familiar y 18% (13) puérperas. En el grupo de mujeres con pareja 49% (34), 37% (26) y 14% (10) respectivamente.  
Dado que para ambos grupos los datos generales de la población estudiada son similares, a continuación se refieren los datos en promedios generales para toda la muestra de mujeres entrevistadas.
- Con respecto al grado de instrucción el 75,7% (106) tuvo secundaria, el 15,7% (22) superior y el 8,6% (12) primaria.  
El grado de instrucción de sus parejas fue 67,9% (95) secundaria, 28,6% (40) superior y 3,6% (5) primaria.
- El promedio del número de hijos por mujer fue de 2 a 3 en un 49,3% (69), seguido del 22,1% (31) con ningún hijo, 17,9% (25) con un hijo y más de 3 hijos en un 10,7% (15).
- El 72,1% (101) refirió ser ama de casa, un 20,7% (29) comerciante independiente, 4,3% (6) empleado privado y 2,9 (4) estudiante.  
La ocupación de sus parejas fueron 38,6% (54) obrero, 27,1% (38) empleado privado, 26,4% (37) comerciante independiente y 7,9% (11) empleado público.
- 67,9% (95) practica la religión católica, 21,4% (30) no profesa alguna religión y 10,7% (15) es protestante.
- Para los provenientes de otro lugar diferente a Lima (49), el tiempo de residencia en esta ciudad es entre 5 a 10 años 40,8% (20), menos de 5 años 30,6% (15) y 28,5% (14) mayor a 10 años.
- El tiempo de convivencia en su mayoría fue menor a 5 años: 55,7% (78), de 5 a 10 años: 29,3% (41) y mayor a 10 años en un 15% (21).



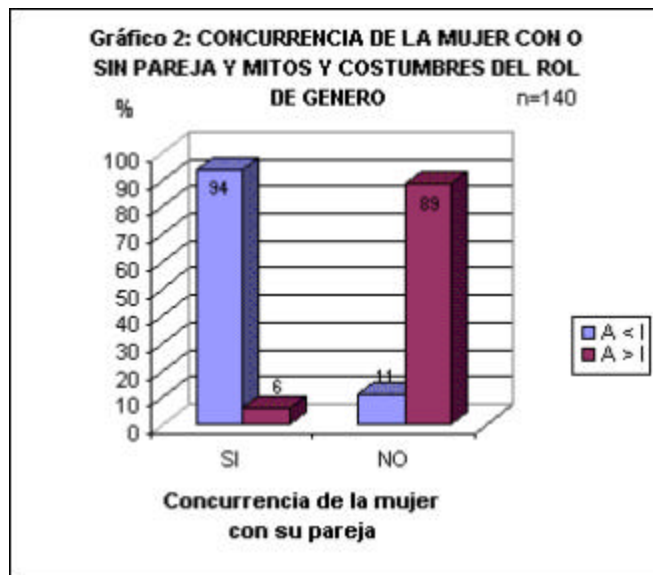
$\chi^2=14,8$

$p<0,05$

**A < I** = Mitos y Costumbres del rol de género Arraigados en Menor Intensidad

**A > I** = Mitos y Costumbres del rol de género Arraigados en Mayor Intensidad

En las mujeres provenientes de la Sierra existe una relación de 2 a 1 con respecto a los mitos y costumbres del rol de género arraigados con mayor intensidad y mitos y costumbres del rol de género arraigados con menor intensidad respectivamente. Contrariamente ocurre en los provenientes de la Selva cuya relación se invierte. La diferencia fue significativa (Gráfico 1). Es decir, que la gente de la Sierra mantiene más arraigamiento de los mitos y costumbres del rol de género que los de la Selva y Costa.



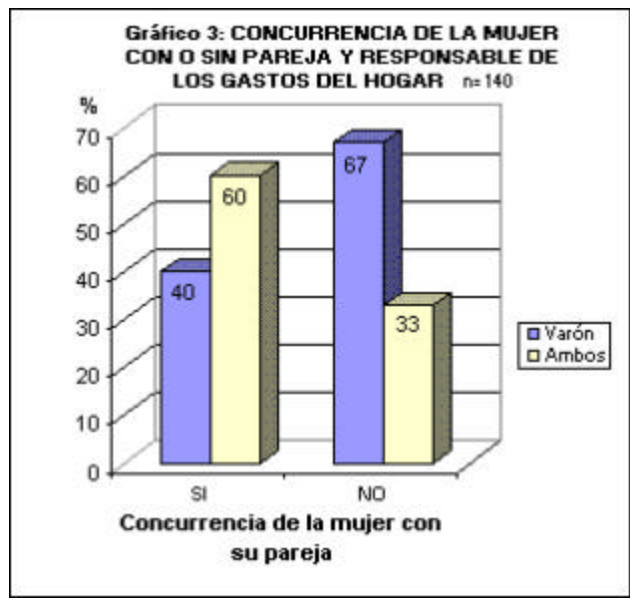
$\chi^2=96,4$

$p<0,001$

**A < I** = Mitos y Costumbres del rol de género Arraigados en Menor Intensidad

**A > I** = Mitos y Costumbres del rol de género Arraigados en Mayor Intensidad

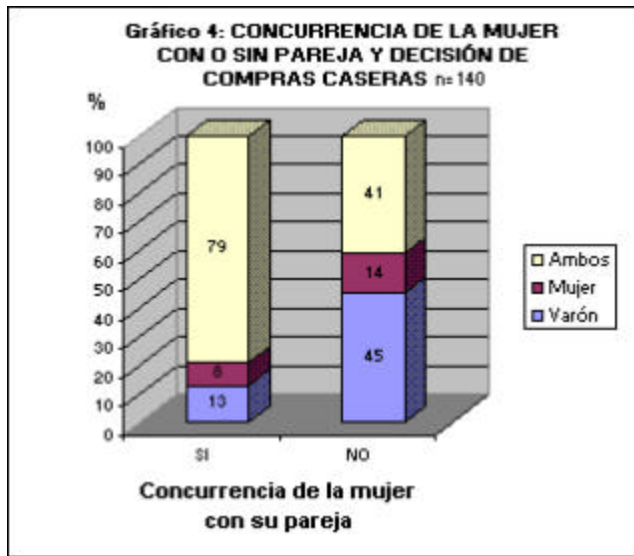
El mayor arraigamiento de mitos y costumbres del rol de género está asociado de manera significativa a la menor frecuencia con que acompaña el varón a su pareja a la consulta del Hospital Dos de Mayo. Es decir, que a mayor arraigamiento de mitos y costumbres del rol de género hay menor participación del varón en la consulta de Gineco-Obstetricia de su pareja (Gráfico 2)



X<sup>2</sup>=10,3

p<0,01

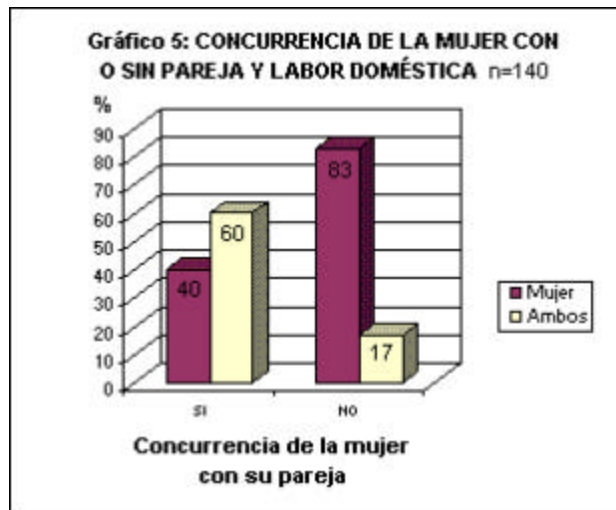
Las mujeres que asistieron a la consulta médica con su pareja, refieren en un 60% que ambos (varón mujer) son responsables de traer los recursos económicos para los gastos del hogar. Y las que concurren solas opinan en un 67% que solamente el varón provee este recurso. Existiendo alta significancia estadística (Gráfico 3)



X=21,1

p<0,01

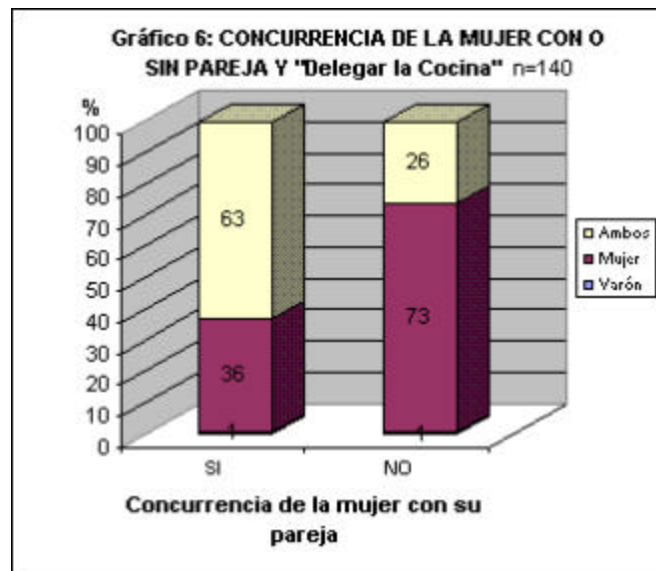
Existe una relación de 2 a 1 respecto a la toma de decisión de compras caseras, 79% de mujeres que acudieron con su pareja respondió que ambos toman esta decisión en comparación al grupo en el que acudieron solas, en quienes solo el 41% lo deciden ambos y en un 45% lo hace sólo el varón. Esta relación fue significativa (Gráfico 4).



$\chi^2=27,1$

$P<0,01$

Se encontró significancia cuando el 83% de las mujeres que fueron a la consulta médica sin pareja contestó que es la mujer quien realiza las labores domésticas; contrariamente el grupo opuesto contestó (60%) que ambos realizan esta labor. (Gráfico 5)

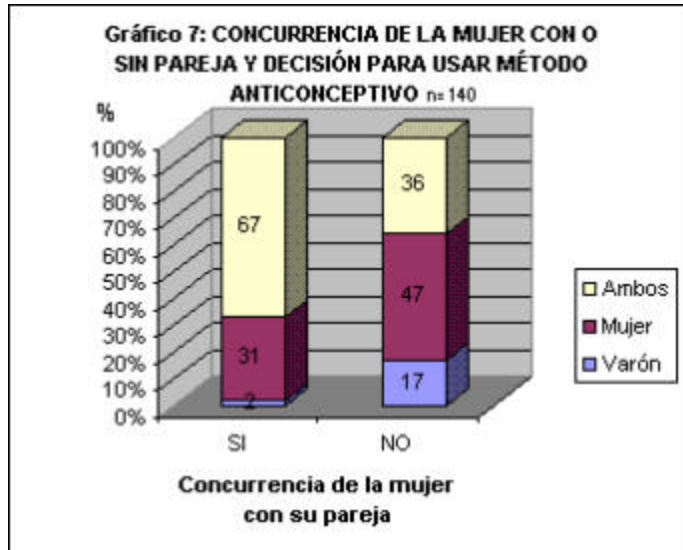


$\chi^2= 19,8$

$P<0,01$

Existe una relación de 3 a 1 en el grupo de mujeres que acudieron a la consulta médica sin su pareja quienes dijeron que delegarían la labor de cocinar a la hija mujer o a ambos (varón y mujer) respectivamente. En el grupo contrario el 63% respondió que delegarían esta labor a ambos, seguido del 36% a la mujer. La diferencia fue altamente significativa. (Gráfico 6)





$\chi^2=18,2$

$p<0,01$

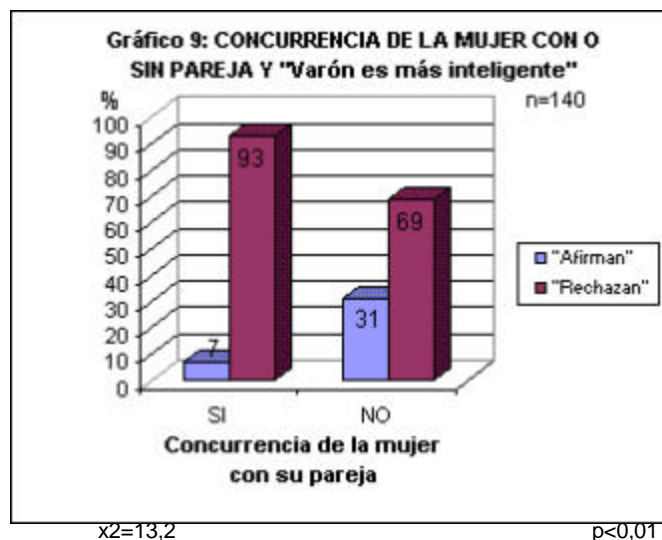
El 67% de las mujeres que acudieron a la consulta médica con su pareja, refiere que ambos (varón y mujer) toman la decisión para usar un método anticonceptivo seguido del 31% de sólo mujeres quienes son las que toman la decisión, contrariamente en el grupo de mujeres que concurren solas, son ellas mismas quienes toman la decisión al respecto en un 47%, seguido de ambos (varón y mujer): 36% y sólo el varón lo hace en un 17%. La diferencia fue altamente significativa. (Gráfico 7)



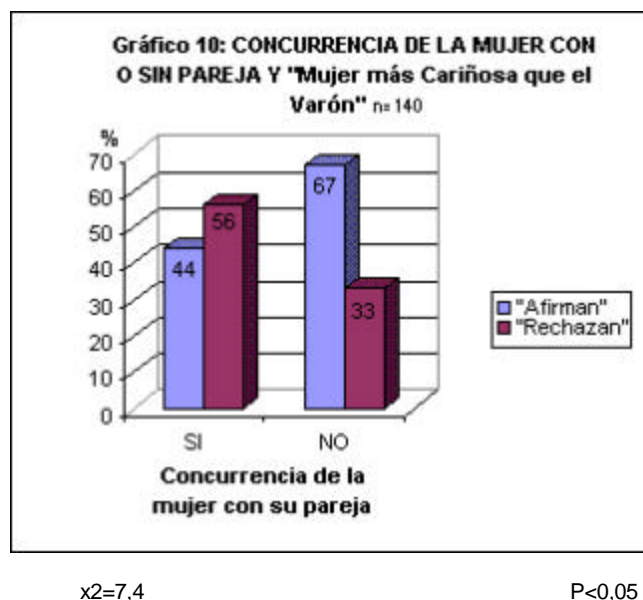
$\chi^2=16,3$

$p<0,01$

Hubo significancia al encontrar que en el grupo de mujeres que acudieron solas a la consulta médica el 80% de sus parejas varones dan inicio a las relaciones sexuales y en el grupo que concurre con su respectiva pareja son ambos (50%) o es el varón (47%) quien da la iniciativa. Existiendo así una relación de 4 a 1 y de 1 a 1 respectivamente para cada grupo. (Gráfico 8)



El 7% de las mujeres que acudió a la consulta médica acompañada de su pareja afirmó el mito de que el varón es más inteligente que la mujer, frente al cuádruplo de ellas en el grupo que concurren solas quienes afirman el mito en 31%. Pero en ambos grupos el mayor porcentaje contestó no estar de acuerdo con este mito. La diferencia fue altamente significativa (Gráfico 9).



En el grupo de mujeres que fue sin pareja a la consulta médica existe una relación de 2 a 1, 67% afirma que la mujer es más cariñosa que el varón frente al 33% que rechazan este mito. Y en el grupo de mujeres que fue acompañada por su pareja no existe mayor relación ya que el 56% no está de acuerdo con el mito, seguido del 44% quienes la afirman. Existiendo significancia estadística. (Gráfico 10)

## **IV.- DISCUSIÓN**

Teniendo en cuenta la referencia respectiva y los resultados, dentro de las características generales el 53,6% de la población entrevistada tuvo entre 20 a 29 años y el 18,6% fue adolescente, lo cual refleja la realidad actual por ser la etapa de mayor reproductividad de la mujer en la cual está comprendida nuestra población. Así tenemos según el censo 1993 (19) la población total peruana era de 22`639 443 habitantes, de ellos la población masculina era 10`956 375 (50,3%) y femenina 11`091 981 (50,3%) y la pirámide por edad presentaba una reducción relativa en las edades menores y un ligero incremento en las edades intermedias, lo que significa que la edad mediana de la población se incrementó de 19(1981) a 22(1993) años.

Según ENDES 2000 (20) la distribución por edad de las mujeres entrevistadas, es similar a la encontrada en 1996, se concentran en los primeros grupos de edad fértil: más de la mitad de ellas (53%) son menores de 30 años, constituyendo el 20% las adolescentes, de un total de 27 843 mujeres en edad fértil.

Con respecto al servicio por el cual acudieron a la consulta cada una de ellas, al apreciar que el 45,7% fueron gestantes, 37,9% usuarias de Planificación Familiar y el 16,4% puérperas, esto se asemeja a los resultados de las coberturas de metas programadas por el establecimiento ya que siempre es mayor el Control Pre-natal y sólo un tercio de ellas llega al control del puerperio.

El grado de instrucción de ellas (75,7%) y sus parejas (67,9%) es la educación secundaria, con mayor número para los varones en nivel superior 15,7% y 28,6% respectivamente, y nivel primaria con mayor número en las mujeres 8,6% y 3,6% para los varones, demuestra también nuestra realidad (no se encontró algún caso sin instrucción). Los niveles de analfabetismo bajaron desde el año 1993 de 12.8% a 7.7% en 1998. La alfabetización se incrementó con preponderancia de los varones. Estos hechos nos permiten afirmar que los mejores niveles educativos van a redundar en una mayor identificación de las necesidades de salud de la población y una mayor demanda de atención de servicios de salud. Un hecho bastante conocido es que el nivel de educación de la mujer influye de manera preponderante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo (21) . INEI refiere para el año 1993, que el nivel educativo de la población ha experimentado un notable incremento respecto a 1981 al haber incrementado la población con educación secundaria y superior. El 55,9% (7`648 632) de la población de 15 a más años ha logrado tener primaria y continuar con secundaria y el 20,4% ha alcanzado el nivel superior siendo el doble respecto a 1981. La tasa de analfabetismo en el área urbana para 1993 fue de 6,7%: en varones 3,4% y 9,8% en mujeres.

En cuanto a la paridad se observó que el promedio de hijos por mujer es de 2 a 3 en el 49,3% de los casos lo cual estaría concordando con el promedio nacional, para 1993 (INEI) el promedio de hijos nacidos vivos por mujer era de 2,2. En todos los departamentos está disminuyendo el promedio de hijos por mujer, con excepción de Huancavelica (3,4), en Lima y Callao 1,6. ENDES 2000, reporta una Tasa Global de Fecundidad de 2,9 hijos por mujer y la tasa estimada para el área rural (4,3) es el doble del área urbana(2,2). Siendo relativamente baja al comienzo de la vida reproductiva para alcanzar su mayor nivel en el grupo de 20 a 24 años de edad y desciende rápidamente a partir de los 30-34 años.

En la condición laboral de ellas el 72,1% (101) es ama de casa, seguido del 20,7% comerciante independiente y el 38,6%(54) de sus parejas es obrero, un 26,4% comerciante independiente y una minoría 2,9% de las mujeres es estudiante y 7,9% de sus parejas es empleado público. Esto también describe la realidad del distrito Cercado de Lima y La Victoria quienes en su mayoría son las usuarias de este Hospital. La PEA para 1993 era de 7'305 779(39%) y el nivel de desocupación 7,2%; de la población no activa mayor de 15 años (6'783 453), el 63,3% se dedica a cuidados del hogar, de ellos el 76,6% son mujeres y el 26,7% son varones.

Si nos detenemos a ver la religión que practican, pues el número de católicos va disminuyendo y el número de los que no profesan alguna religión va incrementándose. Así tenemos que para 1993 la población era católica en el 88,9%, habiendo aumentado las otras religiones de 5 a 10%(INEI). En el presente estudio se halló que el 67,9% refirió ser católica, el 21,4% no refieren alguna religión y el 10,7% es protestante.

Para la mayoría de las mujeres entrevistadas provenientes de otro lugar diferente a Lima, 49 (35%) el tiempo de residencia en esta ciudad fue entre 5 a 10 años en el 40,8%(20). Hallando similitud entre aquellas que residen por un tiempo menor a 5 años y mayor a 10 años. En el último censo (1993) 4'921 020 de personas declararon haber nacido en un lugar diferente del empadronamiento, representando al 22,3%. En Lima la población inmigrante fue de 2'343 663 (48,1%), dato que se aproxima a lo encontrado en el presente estudio.

Con respecto al tiempo de convivencia, el hecho de representar el 55,7% un tiempo de unión menor a 5 años, demuestra la formación de parejas recientes y el extremo de un 15% en aquellas cuya unión es mayor a 10 años, refleja el constante incremento en el número de divorcios o separaciones conyugales.

Los primeros estudios experimentales sobre roles de género, se inician a finales de los años 60 y principios de los 70 (Broverman et al., 1972; Rosenkrantz, Vogel) planteándose como meta básica la descripción pormenorizada de las creencias generalizadas sobre las mujeres y los varones, siguiendo una metodología similar a la utilizada en investigaciones previas sobre estereotipos étnicos y religiosos, Broverman y col. Elaboraron un instrumento de medida compuesto por una serie de pares de adjetivos antónimos correspondientes a rasgos de personalidad, tales como activo/pasivo, sumiso/dominante, etc. Los sujetos debían responder hasta qué punto los adjetivos de cada par se correspondían con la descripción de un varón normal, de una mujer normal y de sí mismos. Los resultados fueron: se obtuvo un elevado acuerdo sobre más de 80 rasgos diferenciadores de varones y mujeres, manteniéndose tales creencias con independencia de la edad, ideología religiosa, grado educativo y nivel socioeconómico de los individuos (Golombok y Fivush, 1994) (12).

Ya en la actualidad, se pone de manifiesto los roles de género en la proliferación de estudios recientes (Gardner, 1994; Hamilton y Sherma, 1994; Hippel, 1996), existiendo en todos ellos, un acuerdo compartido respecto a su consideración como un “*sistema de creencias acerca de las características, atributos y comportamientos que se piensa son propios, esperables y adecuados para determinados grupos*”. Dichas creencias van referidas a los varones y las mujeres como bloques monolíticos y claramente diferenciados entre sí (12,22).

Factores culturales y sociales, algunos más obvios que otros, influyen fuertemente en las decisiones de salud reproductiva de las mujeres en muchos lugares del mundo.

Si vemos la relación que existe entre las mujeres provenientes de la sierra (**Gráfico 1**) quienes en su mayoría tienen arraigamiento de los mitos y costumbres del rol de género, quizás las reglas sociales que definieron el comportamiento de ellas en su sociedad fueron impuestas con mayor severidad que en aquellas procedentes de la selva y costa. Como refiere la literatura (3) las costumbres tienen una base organizativa y cuando se transgreden son castigadas mediante imposición de sanciones, como el aislamiento o castigo físico, el comportamiento es común a todos los miembros. A finales del siglo xx, y especialmente en las sociedades occidentales, las costumbres tradicionales han pasado a ocupar un lugar menos destacado al adquirir una mayor relevancia las libertades personales; de este modo los productos psicológicos de las diferencias entre los sexos se convierten en un aspecto crucial del vínculo que existe entre un pueblo y sus tradiciones y comportamientos. Fundamental en esta vinculación es la ideología de los Mitos y Costumbres del rol de género, que establece una relativa coherencia entre las preferencias de las personas y las definiciones sociales de los papeles genéricos, de tal forma que la distribución de los

sexos en el orden social queda legitimada por una distribución diferencial de factores tales como las habilidades, intereses y aspiraciones personales (12,13 ).

Al relacionar la concurrencia de la mujer con o sin pareja y mitos y costumbres del rol de género (**Gráfico 2**) se encontró una asociación altamente significativa entre la no participación del varón en la consulta médica de la mujer y mayor arraigamiento de mitos y costumbres del rol de género. Probablemente los Mitos y Costumbres del rol de género, típicos del matriarcado y patriarcado, estarían presentes en este grupo muestral de mujeres, los ítems más frecuentes respondidos afirmativamente fueron: los Mitos de que la mujer es débil, ama de casa, delicada, voluble, pasiva, colaboradora, subjetiva, requiere de protección y lo contrario para el varón. Así como pusieron de manifiesto las costumbres del rol de género, de que es el varón quien toma las decisiones para comprar un artefacto, traer los recursos, dar inicio a las relaciones sexuales, a la convivencia; y la mujer se encarga de la atención a los hijos, visten al bebé varón con celeste y a la mujer con rosado, regalan juguetes de acuerdo al sexo, y encargan la cocina a la hija mujer. La literatura refiere (23,24) que la conducta estereotipada:

cualquiera que sea la cultura, la etnia o el grupo de edad, a los hombres y a las mujeres se les asigna papeles y responsabilidades diferentes. Esta asignación moldea el desarrollo de diferentes habilidades y capacidades y dirige su aplicación a espacios vitales y esferas de actividad distintos. en general, las capacidades y habilidades y las esferas de actividad asociadas al concepto de masculinidad son más valoradas que las asociadas al concepto de feminidad.

Este valor diferencial tiene implicaciones directas para el acceso a y el control de los recursos de los cuales los hombres y mujeres disponen para proteger su salud y la de sus familias

En los países latinoamericanos así como el nuestro, donde priman los problemas sociales, como la pobreza, violencia física contra la mujer, violencia intra familiar, abuso sexual, embarazo en adolescente, etc. se han realizado pocos estudios en los que se incluye la participación del varón en el cuidado de la Salud Reproductiva. Es así que en Lima para el año 2000, se realizó un estudio acerca de “la participación del varón en los programas de salud reproductiva” (25), encontrándose alta significancia estadística entre los factores socio-culturales y el no acceso a los servicios del programa por parte del varón.

En resumen, las características construidas por la sociedad que se fundamenta en los Mitos y Costumbres del rol de género y que se atribuyen a uno u otro sexo en el ámbito individual, o que se asocian a las esferas de actividad masculina y femenina en el nivel social, implica la falta de igualdad y de equidad entre los géneros. Perpetuando roles de género que pueden mejorar o empeorar la salud y el desarrollo de hombres y mujeres, como individuos o como subgrupos de población. Por otra parte la definición de masculinidad o patriarcado, que destaca los aspectos de riesgo, valentía y agresividad, puede asociarse a

mayor morbilidad por accidentes, violencia, cirrosis; inhibe la expresión de sus emociones. Heather Forman dice que sea lo que fuere la masculinidad, lo cierto es que es muy perjudicial para los hombres. Así el género puede influir de distinto modo en los comportamientos de promoción de la salud de hombres y mujeres (9,15).

La literatura (5-8) revela que la salud de los hombres y las mujeres pobres es peor que la de sus contrapartes más pudientes, pero también refleja que la carga de mala salud y enfermedad de los miembros de una familia suele imponer un peso mayor a las mujeres pobres que a los hombres pobres. Efectivamente, además de la escasez de recursos que afecta a la población pobre en general, la *falta de igualdad y equidad entre género* constituye una desventaja adicional para las mujeres.

En el **(Gráfico 3)** se observa que en el grupo de mujeres que acudieron con su pareja a la consulta médica el 60% refiere que ellas y sus parejas son los responsables en traer los recursos económicos a casa, contrariamente el 67% de las mujeres que acudió sin su pareja considera que sólo el varón debe proveer con este recurso, dado que los roles de género varían según la cultura, parece que muchas diferencias de conducta entre hombres y mujeres están causadas tanto por la socialización de los Mitos y Costumbres, como por las hormonas masculinas y femeninas y talvez otros factores congénitos. Tradicionalmente se consideró que el varón por ser el más fuerte debía ser el responsable del hogar y por lo tanto de proveerlo de recursos. A medida que más mujeres occidentales trabajan fuera de casa, la división de roles de género va variando, aunque de forma paulatina, la capacidad de una mujer de trabajar y devengar ingresos que ella pueda controlar, por ejemplo, puede influir en su capacidad de pagar servicios de salud y proveer de recursos económicos en el hogar (3).

con respecto a la toma de decisión de compras caseras **(Gráfico 4)** el 79% de mujeres que fueron con su pareja a la consulta médica refieren que ambos (varón y mujer) realizan esta función en comparación al 41% del grupo de mujeres que fueron sin su respectiva pareja, existiendo una relación de 2 a 1 respectivamente, siendo altamente significativa la diferencia. Este ítem guarda relación con el anterior ya que en el grupo focal las mujeres que dependían económicamente de sus parejas estaban sujetas a la decisión de ellos para percibir este recurso y por lo tanto esperaban la toma de decisión de ellos en cuanto a compras del hogar. Una de las características en la definición de rol de género, hace alusión a la noción de creencias (Mitos), en principio, estos Mitos tienen un marcado carácter descriptivo, para englobar ulteriormente una dimensión prescriptiva, es decir, se da un salto del ser al deber ser: lo que los mitos describen como idóneo para varones, mujeres y sujetos ambiguos debe ser ejecutado por cada uno de ellos para lograr un desarrollo normal (26).



Los resultados obtenidos de la investigación tradicional experimental (12,14) presentaron 2 patrones claramente diferentes: uno, etiquetado como dimensión instrumental, que corresponde con el rol masculino e incluye una serie de rasgos, tales como objetividad, independencia, actividad, dominio o competencia, que describen en conjunto a una persona que se maneja individualmente con eficacia. El rol femenino, sin embargo, se identifica con una dimensión afectiva, representada por rasgos tales como la calidez, la expresividad y la sensibilidad, característicos de personas que se interesan más por la gente que por las cosas (Bakan, 1996; Gilligan, 1982; Markus y Oyserman, 1989; Parsons y Bales, 1955; Unger y Crawford, 1996). La comparación entre estos dos patrones permitió concluir que los rasgos que configuran el rol masculino son superiores, en cuanto a número, a los que incluye el rol femenino; presentan además, mayor deseabilidad social y se vinculan en mayor medida, con la madurez psicológica. La conexión entre feminidad e inmadurez psíquica va a reaparecer, bajo diferentes formas, en múltiples investigaciones sobre percepción de las mujeres (Unger y Crawford, 1996) (8,14,15,27).

**(Gráfico 5)** El 83% de las mujeres que acudieron sin su pareja a la consulta médica refirió que es ella quien realiza las labores domésticas, en contraposición al 60% de mujeres que sí fueron acompañadas por su pareja, quienes refieren que ambos (varón y mujer) realizan esta labor. La diferencia fue altamente significativa. La labor doméstica de la mujer se fortaleció con la maternidad como característica inherente a ella y con la institución del matrimonio, bajo este membrete se ocultó la subyugación y obediencia de la mujer para hacer ver ante la sociedad como mujer “respetable”, y por lo tanto debía dedicarse al hogar, cuidado de los hijos y realización de las labores domésticas (cocinar, planchar, lavar, etc.), mientras el varón se identificaba con el mundo de afuera (trabajo, deporte, política, etc). En el grupo focal las mujeres referían como una de las características en que sus padres hacían la diferencia de género era cuando al hermano varón le daban mayor tiempo de permiso para salir a la calle. La conducta estereotipada asociada al sexo (agresión masculina y pasividad femenina) procede, al menos parcialmente, de los roles aprendidos durante la infancia: a los niños se les enseña que "los hombres no lloran", los hombres no deben mostrar signo de debilidad como las lágrimas, y se les regala pistolas y coches, mientras que las niñas juegan con muñecas, cocinas y casitas que les han regalado para que puedan imitar el rol típico de la mujer en el hogar. Aunque cada vez hay más niñas que juegan con juguetes asignados anteriormente a los chicos, lo contrario todavía es poco común. Además el género se estructura institucionalmente, pues se refiere no solo a las relaciones entre individuos en el ámbito personal, sino también a un conjunto complejo de normas y valores que permean los sistemas de organización y las estructuras sociales, tales como la salud, los sistemas legales y la religión (Hartigan 1997,1998), el género es un principio fundamental de la organización de la sociedad que cambia en

función del tiempo, la cultura y el estrato socio-económico (22,28,29). Durante los últimos años, los estudios de género emanados del feminismo han descrito las características de los modelos culturales asignados tanto a hombres y mujeres denunciando la desigualdad de las condiciones sociales entre ambos géneros, lo que ha causado el estudio de las relaciones sociales desde un punto de vista más objetivo en aras de un cambio o equidad de los roles en los y las integrantes de las sociedades actuales (13,30).

El **Gráfico 6**, también muestra similitud respecto al anterior, el 63% de las mujeres que fue con su pareja a la consulta médica ante la pregunta ¿a quién delegaría la responsabilidad de cocinar si Ud. no estuviese en casa?, respondieron que a ambos (varón y mujer) delegarían esta tarea y en el grupo de mujeres que concurren solas, solamente el 26% de ellas respondió de manera similar y el 73% mencionó que delegarían esta tarea a la hija mujer. La diferencia fue altamente significativa. La mujer juega un papel importante como “madre” en la perpetuación de estos roles ya que es ella quien permanece el mayor tiempo en casa con los hijos (9). En concreto, Deaux, Winton, Crowley y Lewis (1985) solicitan listados de atributos específicos para varios subtipos de varones y mujeres, a fin de comprobar si los rasgos prototípicos de los varones y las mujeres, en general, derivan de alguna función social habitualmente desempeñada por unos u otras; mediante ese sistema se ha podido observar que la descripción de mujer, por ejemplo, está más cercana a la madre ( $r = 0,64$ ) que la de varón a padre y, en general, los papeles relacionales se vinculan más estrechamente con las imágenes estereotipadas de las mujeres que con la de los varones. El mismo procedimiento utilizaron Unger y Crawford (1996), las principales conclusiones fueron: 1) los roles acerca de subtipos particulares de varones y mujeres parecen ser tan compactos como los correspondientes a las categorías universales de “varón” y de “mujer”, 2) los roles acerca de la mujer se muestran más diferenciados que los referidos a los varones, 3) las percepciones estereotipadas de varones y mujeres se conceptualizan en términos opuestos, 4) son los rasgos físicos los que parecen tener un papel más destacado (5,8,28). Y el hombre seguirá buscando explicación a su naturaleza.

En el **Gráfico 7**, el 67% de las mujeres que fueron con su pareja varón a la consulta médica, ambos (varón y mujer) toman la decisión para usar un método anticonceptivo, en contraposición con el 47% de las mujeres que acudieron solas quienes son ellas mismas las que toman las decisiones para usar un método anticonceptivo. La diferencia fue altamente significativa. Hay muchos aspectos de la vida de la mujer que influyen en su salud reproductiva, incluida la relación que tiene con su compañero y su entendimiento y creencias acerca de la sexualidad (3,7). En el año 2000, un estudio realizado en Trujillo (31) demostró que no hubo relación significativa entre el nivel de conocimiento del varón y el uso de

método anticonceptivo de su pareja conyugal, pero si hubo significancia ( $p < 0,05$ ) en cuanto a las actitudes del varón y uso de método anticonceptivo de su cónyuge. Estas diferencias, más el acceso, control de los recursos y la capacidad de ejercer decisiones, afectan al grado en que se utilizan los servicios disponibles de salud reproductiva. Parece razonable pensar como Matsumoto (1996) que, aunque las diferencias psicológicas entre ambos sexos puedan ser consideradas producto de diferencias en la división del trabajo y conductas relacionadas con la reproducción, existen diferencias psicológicas a través de las culturas que no son simplemente producto de la biología y la cultura, sino reforzadores de los papeles de género, así como de las ideologías y los comportamientos asociados (12,32).

Fue un acuerdo casi universal en El Cairo en el sentido de que dar poder a las mujeres sobre su vida no solo contribuye a estabilizar el crecimiento de la población sino que, también, conduce a un desarrollo económico sostenible. La atención de salud reproductiva se promueve ahora como una forma de abordar toda una gama de necesidades de la salud de las mujeres y de mejorar los servicios proporcionados a las usuarias (5-8). Así también los proveedores no debemos olvidar que muchas mujeres viven en un entorno en el que no toman decisiones unilaterales acerca de su salud reproductiva, subraya la Dra. Patricia Bailey, investigadora de FHI.

Con respecto a ¿quién da inicio a las relaciones sexuales? (**Gráfico 8**) en el grupo de mujeres que acudieron solas a la consulta médica, el 80% respondió que es el varón, frente a un 50% de mujeres que acudieron con su pareja quienes contestaron que ambos (varón y mujer) daban inicio a las relaciones sexuales. Siendo altamente significativo. Las creencias culturales relativas a la vida sexual que debe tener una mujer pueden influir en la actitud respecto a su sexualidad. Por ejemplo, la mitad de las mujeres que fueron entrevistadas en el estudio de El Alto dijeron que no era apropiado que las mujeres casadas iniciaran las relaciones sexuales con sus esposos, muchos hombres bolivianos opinaban lo mismo. Sin embargo, los hombres que participaron en el grupo de enfoque también estuvieron de acuerdo en que una de las razones por las que tenían relaciones extramaritales se debía a que, a diferencia de sus esposas, eran ellas las que iniciaban las relaciones sexuales (3). Violencia, coacción, discriminación, temor, vergüenza, culpabilidad, creencias erróneas y falta de conocimientos en materia de sexualidad son barreras para la salud sexual a las que muchas mujeres en todo el mundo deben hacer frente (22,32). Otros investigadores sugieren que, mientras la socialización de las niñas pueda tener lugar en el hogar, los jóvenes varones tienden a encontrar el apoyo de sus iguales en la calle o fuera de su casa (26).

**Gráfico 9:** ante el mito: “el varón es más inteligente que la mujer”, el 93% de las mujeres que sí acudieron acompañadas rechazaron esta premisa, frente al 69% de aquellas que no fueron con su

respectiva pareja quienes también negaron la premisa, sin embargo el 31% de ellas la confirmó. Se halló significancia. Muchos chicos y chicas tienden a destacar sólo en aquellos campos de estudio tradicionalmente atribuidos a su género, lo que explica en parte el dominio masculino en muchas áreas como las ciencias o la ingeniería, y las mujeres a la enfermería o manualidades (a principios de la década de 1990, las mujeres españolas que cursan estudios superiores son mayoría, pero sólo una minoría elige una carrera técnica). Estos factores son importantes argumentos en la lucha por la igualdad de las personas de ambos sexos, sea cual sea su identidad de género. Se ha constatado que los varones suelen regirse más por pensamientos estereotipados que las mujeres (22,28,29).

Finalmente en el **Gráfico 10**, se aprecia una relación de 2 a 1 en el grupo de mujeres que fue sin pareja a la consulta médica en el cual el 67% afirma el mito de que la mujer es más cariñosa que el varón, frente al 33% que rechazan la premisa, y en grupo de mujeres que acudió con su respectiva pareja no existe mayor relación ya que el 56% no está de acuerdo con este mito, seguido del 44% quienes lo afirman. Existiendo significancia estadística. En el orden socio-simbólico (matriarcado) la palabra Madre es un orden simbólico de amor, gratitud, confianza, ternura. En el origen del orden patriarcal hay una usurpación, renovada generación tras generación de la potencia femenina y materna por parte de los hijos; el hombre se ve como malo en el orden del poder político y la madre siempre es el corazón, ama a sus hijos, es pasividad, aceptación, codependencia. A la edad de tres años los niños tienden a tomar conciencia de su género al adoptar determinados elementos culturales (juegos, ropas o formas de hablar o expresiones) asignados a su sexo. Ya desde la cuna, los niños y las niñas son tratados de forma diferente: a las niñas se las suele vestir de rosa (un color considerado femenino) y a los niños de azul, así que, incluso a una edad en la que resulta imposible distinguir la conducta femenina de la masculina, se considera importante que no se confundan sus géneros (10,11,26,32,33); la vieja creencia de que la naturaleza demanda un papel social inamovible para varones y mujeres, por el hecho de serlo, parece condenada a todas luces al fracaso (22). Algunos autores reconocen que cuando las creencias mitificadas se basan en características propias, inherentes a los individuos, caso por ejm. del sexo o la raza, o en sus convicciones íntimas y sentidas, tal y como ocurre con la religión o la nacionalidad, presentan enormes posibilidades de deformar la realidad y conducir a error, ya que el establecimiento de Mitos y Costumbres del rol de género se basa en la comparación polarizada entre grupos (blancos frente a negros, varones frente a mujeres, cristianos frente a musulmanes), sobrepasando con creces sus diferencias reales, considerados desde esta perspectiva los roles se caracterizan por admitir una escasa variabilidad individual, lo que le convierte fácilmente en elemento peligroso y discriminatorio (4,6-8,14,15,27).

## **V.- CONCLUSIONES**

**1.-** Con respecto a los datos generales, se encontró que el mayor número de mujeres en edad reproductiva 53,6% (75) fueron las de 20 a 29 años. El mayor grupo de mujeres entrevistadas fueron las gestantes 45,7% (64). El 74,2% (104) fueron convivientes. Así como el grado de instrucción predominante fue la secundaria en el 75,7% (106) y 67,9% (95) para sus parejas. Siendo el promedio de hijos por mujer de 2 a 3 en el 49,3% (69). En su mayoría tienen como empleo ser amas de casa y sus parejas obreros.

**2.-** No se encontró asociación significativa con respecto a la edad; grupo de gestantes, puérperas, planificación familiar; estado civil; tiempo de convivencia; tiempo de residencia en Lima; grado de instrucción; religión y ocupación, con Mitos y Costumbres del rol de género y/o acompañamiento de la pareja.

**3.-** Los mitos y costumbres del rol de género son más arraigados en los procedentes de la Sierra que en los de la Selva y Costa.

**4.-** Los mitos y costumbres del rol de género arraigados con mayor intensidad están asociados a la no participación del varón en la consulta médica de la mujer que acude a los consultorios de Gineco-Obstetricia del Hospital Dos de Mayo.

**5.-** Los mitos más frecuentes encontrados en el total de la población estudiada fueron: el varón es más inteligente que la mujer y la mujer es más cariñosa que el varón. Y las costumbres más frecuentes fueron: el varón es el responsable de proveer los gastos del hogar, las mujeres toman la decisión en las compras caseras, son ellas quienes realizan las labores domésticas y delegarían esta función a su hija mujer, ambos deciden usar un método anticonceptivo, y es el varón quien da inicio a las relaciones sexuales.

**6.-** Las mujeres que acudieron acompañadas por su pareja varón a los consultorios externos de Gineco-Obstetricia del Hospital Dos de Mayo, consideraron que debe existir equidad de género en la toma de decisiones domésticas, en la determinación de la planificación familiar y la iniciativa sexual. Así como rechazan el mito de que el varón sea más inteligente que la mujer y que la mujer sea la más cariñosa.

**7.-** No se encontró relación significativa entre los mitos y costumbres del rol de género arraigados con mayor intensidad y grupo etareo, tiempo de convivencia de la pareja, tiempo de residencia en Lima, grado de instrucción, religión y ocupación.

De esta manera se ha demostrado que existe asociación entre mayor arraigamiento de Mitos y Costumbres del rol de género en la mujer y la negativa de participación de la pareja varón en los consultorios de Gineco-Obstetricia. Lo cual también disminuiría el pleno desarrollo de la salud reproductiva de su pareja.

A partir de ello, nos queda la tarea de buscar estrategias educativas para el logro de un reparto mas justo entre hombres y mujeres, de los recursos sociales y saludables y el trabajo de los proveedores de Salud con las parejas logrando así un mayor acceso de la pareja varón a los servicios de Salud Reproductiva y por ende conseguir conductas saludables de ambos (varón, mujer) para la prevención y protección de la salud.

## VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- GALVEZ CH. Liliana, SIERRA P. Luz “*Participación de la pareja en el servicio de psicoprofilaxis*” Tesis-Bach. Obst. Universidad Antenor Orrego, Trujillo-Perú 1998
- 2.- YUPANQUI A. Janeth, BUSTAMANTE R. Lucila “*Estrategias en psicoprofilaxis*” Tesis-Bach. Obst. Universidad privada de Chiclayo-Perú 1999
- 3.- FHI. “*Salud sexual y derechos reproductivos*” boletín trimestral de salud, Network en español 21(24) 2002.
- 4.- STANDING Hilary, “*El género y la Reforma del sector salud*”, OPS pbl. Ocasional N° 3, 2000.pp1-5
- 5.- QUINTANA Alicia y VASQUEZ Ernesto, “*Construcción social de la sexualidad adolescente*”, Género y salud sexual, Instituto de educación y salud, Lima 1997
- 6.- ROSSETTI Josefina, “*Sexualidad adolescente: un desafío para la sociedad chilena*”, Dirección de bibliotecas archivos y museos, Santiago 1997 . [mujer.htm](#)[mujer.htm](#)
- 7.- NATIONAL WOMENS HEALTH, “*participación de los varones en la Planificación Familiar*”, New York, Washington, 35(23), 1997.
- 8.- BEJAR, Hector; CASTAÑEDA Marisol. “*Género y desarrollo, políticas sociales*” planteamientos y debates <http://www.signojijxl@computexto.net>. 1999.
- 9.- RIVERA Milagros, “*El Fraude de la Igualdad*”. Ed. Planeta, Barcelona, 1997. pp 1-144
- 10.- Manual de Capacitación, “*Género, Salud reproductiva y Defensa y Promoción*”. CEDPA (The centre for development and population activities) Washington, 2000
- 11.- GIDDENS Anthony, “*La Transformación de la Intimidad*”, Sexualidad, Amor y Erotismo en las sociedades modernas. 3ª ed. Ed.
- 12.- FERNÁNDEZ S. Juan. “*Genero y sociedad*”, Ed. Pirámide. Madrid. 1998. pp 33-35,177-195
- 13.- OPS “*La salud sexual y reproductiva en el D.C.*” México, proderechos@lanet.apc.org. 2000.
- 14.- MURRAY Nancy, et. al, “*Diferencias de género en factores que influyen en el inicio de relaciones sexuales en adolescentes escolares urbanos en Chile*”, Perspectivas internacionales en Planificación Familiar, Buenos Aires, 1998, pp. 4-10.
- 15.- GOMARIZ, Enrique. “*introducción a los estudios sobre masculinidad*”. Centro nacional para el desarrollo de la mujer y la familia. Costa Rica, 1997. pp.47-56
- 16.- FULLER, Norma. “*identidades masculinas*” . universidad Católica del Perú. 1997. pp.17-27,48



- 17.- *Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2000*. © 1993-1999 Microsoft Corporation.
- 18.- KOGAN Liuba, “*Género, cuerpo y sexo*”, Debates en Sociología, N° 18, 1993. pp.35-51
- 19.- INEI Censos nacionales 1993, IX de Población, IV de Vivienda, 11 Julio 1993, Dirección Nacional de Censos y Encuestas.
- 20.- REYES J. y OCHOA, L. ENDES : Encuesta demográfica y de salud familiar, INEI, USAID, UNICEF, MEASURE, DHSF, Macro Internacional Inc.2000
- 21.- GALLEGOS, Juan. “*Los cambios de la identidad masculina*”. Sobre héroes y batallas. universidad Católica del Perú. 1998. pp.35-77
- 22.- RUIZ B. Patricia, “*Detrás de la puerta-hombres y mujeres en el Perú de Hoy*”, Pontificia Universidad Católica del Perú, Marzo 1996. pp. 39-53.
- 23.- HARTIGAN Pamela. “*enfermedades transmisibles, genero y equidad en la salud*” . OPS Harvard-center Publ.ocasional N° 7 , 2001.
- 24.- YON LEAU Carmen, “*Una mirada de los y las adolescentes de 5 barrios de Lima*”, Género y sexualidad. Lima. 1998. pp. 87-93
- 25.- GAMBOA S. Tutti. “*La participación del varón en el programa de salud reproductiva*“ Tesis –maestría en salud reproductiva UNMSM, Lima-Perú 2000
- 26.- GARCIA M. Claudia “ *violencia contra la mujer, género y equidad en salud* “ Publicación ocasional N° 6, Harvaed center for population an development studies, 2000
- 27.- Abstracts de publicaciones : Simposio sobre “*la Participación Masculina en la Salud Sexual y Reproductiva: nuevos paradigmas*”, México 1998 ([info@ippfwhr.org](mailto:info@ippfwhr.org))
- 28.- LAMAS Martha, “*La antropología Feminista y la categoría género*”, Rev. Peruana de ciencias sociales, 2(1), 1998, pp. 98-125, 328-360.
- 29.- LAFOSSE Violeta, “*El rol de la mujer en el desarrollo*”, IV reunión nacional sobre población. Ica, 26-29 Abr. 1995.
- 30.- Centro de estudios demográficos y de desarrollo urbano del colegio de México. “*masculinidad y programas para el varón*” . seminario taller. Jun. 1999. Lab. Roche.
- 31.- ESCUADRA V. Graciela, SÁNCHEZ V. Nilda. “ *Relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas del varón con respecto al uso de métodos anticonceptivos de su pareja* “ Tesis-Bach. Obst. Universidad César Vallejo, Trujillo-Perú 2001
- 32.- CHAVEZ Susana, GÜEZMES Ana, PALOMINO Nancy, VARGAS Lita, YON Carmen “ *La investigación en salud para el desarrollo y el enfoque de género en el Perú: tendencias en la década de los 90* “ Flora Tristan-Manuela Ramos-UPCH-RSMLAC. 2000

33.- VASQUEZ Oscar M., “*Género hegemónico-cultura y humanidad*”, Red de proyectos de investigación. [cedes@cedes.org](mailto:cedes@cedes.org)

## **VII.- ANEXOS**

## ANEXO 1

### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
1. MITOS Y COSTUMBRES DEL ROL DE GÉNERO.	(*)	Intensidad de arraigamiento de los Mitos y Costumbres del rol de género, referidos por la mujer que ingresa a los consultorios de Gineco-Obstetricia del Hospital 2de Mayo.	-Mitos y Costumbres arraigados en mayor intensidad (puntaje de 30 a 60) - Mitos y Costumbres arraigados en menor intensidad (puntaje menor de 30)	Cuantitativa numérica	Cuestionario.
2. EDAD REPRODUCTIVA	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, duración de la vida en que la mujer puede aún reproducirse	Edad reproductiva de la mujer que acude a los consultorios de Gineco-Obstetricia del H2M	14 - 19 años 20 - 29 años 30 - 49 años	Cuantitativa continua	cuestionario
3. ESTADO CIVIL	Estado o situación de un individuo en su relación con los derechos civiles de la sociedad.	Condición de la mujer que acude a los consultorios de Gineco-Obstetricia del H2M en relación a los derechos civiles.	Casada Conviviente	Nominal	cuestionario
4. TIEMPO DE CONVIVENCIA	Período de tiempo en que una pareja cohabitan en el mismo hogar	Período de tiempo en que la mujer entrevistada cohabita con su pareja en el mismo hogar	< 5 años 5 a 10 años > 10 años	Numérica	cuestionario
5. GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel alcanzado de enseñanza en una institución. Caudal de conocimientos	Nivel académico alcanzado por la mujer que acude a los consultorios de Gineco-Obstetricia	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	Ordinal	cuestionario

6. LUGAR DE NACIMIENTO	Extensión territorial delimitada (ciudad, pueblo, etc) en donde tiene lugar el nacimiento de un individuo	Ciudad o pueblo donde nació la mujer que accede a los consultorios de Gineco-Obstetricia	costa sierra selva	nominal	cuestionario
7. TIEMPO DE RESIDENCIA EN LIMA	Tiempo de vivir habitualmente en la ciudad de Lima	Tiempo transcurrido habitual de vivir en Lima de la mujer que accede a los consultorios de Gineco-Obstetricia	< a 5 años 5 - 10 años > 10 años	numérica	cuestionario
8. RELIGION	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad y de las prácticas rituales para darle culto	Tipo de creencia o dogma acerca de la divinidad practicado por la mujer que accede a los consultorios de Gineco-Obstetricia	católica protestante ninguna	nominal	cuestionario
9. PARIDAD	Número de veces en que la hembra da a luz el feto que tenía concebido	Número de veces en que la mujer dio a luz a un feto viable producto de la concepción	0 1 2-3 Más de 3	Numérica discreta	cuestionario
10. OCUPACIÓN	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa	Trabajo o cuidado realizado por la mujer entrevistada y/o su pareja	Ama de casa obrero Comerciante empleado	Nominal	cuestionario

**(\*)Mitos y Costumbres del rol de género, (mito)** narraciones y/o representaciones simbólicas hechas por el hombre con el afán de explicar la naturaleza del hecho de ser varón o mujer. **(costumbre)** hábitos adquiridos por la repetición de actos; asignados al pensamiento, comportamiento, actitudes y prácticas de las personas, que se creen son propios, esperables y adecuados para determinados grupos como varones y mujeres, diferenciados entre sí. Ejm. Los mencionados en la encuesta (anexo 2, parte IV Mitos y Costumbres del rol de género)

## ANEXO 2

### ENTREVISTA – ENCUESTA

Nº .....

Tipo: A(con pareja).....

B(sin pareja).....

#### I.- DATOS DEMOGRAFICOS:

- 1.-Grupo: Gestante..... Planificación familiar..... Puérpera.....  
2.-Edad.....  
3.- Lugar de nacimiento: costa..... sierra..... selva.....  
4.- Tiempo de residencia en Lima.....

#### II.- DATOS PERSONALES:

- 1.-¿Qué estado civil tiene Ud.? -Casada ( )  
-conviviente ( )
- 2.-¿hace que tiempo vive junto con su pareja? < a 5 años ( )  
5 – 10 años ( )  
> 10 años ( )
- 3.-¿Qué grado de instrucción tiene usted? - sin instrucción ( )  
-Primaria ( )  
-Secundaria ( )  
-Superior ( )
- 4.-¿Hasta que grado estudió su pareja? - sin instrucción ( )  
-Primaria ( )  
-Secundaria ( )  
-Superior ( )
- 5.-¿Qué religión práctica ? -ninguna ( )  
-católico ( )  
-protestante ( )
- 6.-¿cuántos hijos tiene? 0 ( )  
1 ( )  
2-3 ( )  
más de 3 ( )

#### III.- DATOS ECONOMICOS:

- 1.-¿Actualmente su pareja trabaja? -Obrero ( ) estudiante ( )  
-Comerciante independiente( ) dependiente ( )  
si..... no ..... -Empleado público ( ) privado ( )
- 2.-¿Actualmente esta usted trabajando? -Ama de casa ( ) estudiante ( )  
-Comerciante independiente( ) dependiente ( )  
si..... no ..... - Empleada público ( ) privado ( )

## IV.- MITOS Y COSTUMBRES DEL ROL DE GÉNERO

### COSTUMBRES

- |  |                 |          |          |
|--|-----------------|----------|----------|
| 1.-¿En su hogar quién decide comprar los alimentos?  | Varón( )        | mujer( ) | ambos( ) |
| 2.- ¿Quién decide comprar un artefacto eléctrico?  | Varón( )        | mujer( ) | ambos( ) |
| 3.- Quién trae los recursos económicos para la casa?   | Varón ( )       | mujer( ) | ambos( ) |
| 4.- ¿quién toma la decisión de cuántos hijos tener?  | Varón ( )       | mujer( ) | ambos( ) |
| 5.-¿quién toma la decisión en cuanto a usar un método anticonceptivo?  | Varón ( )       | Mujer( ) | ambos( ) |
| 6.- ¿quién da inicio a las relaciones sexuales?  | Varón ( )       | Mujer( ) | ambos( ) |
| 7.- ¿Quién se encarga de la atención de los hijos?   | Varón ( )       | Mujer( ) | ambos( ) |
| 8.- ¿quién realiza las labores domésticas?   | Varón ( )       | Mujer( ) | ambos( ) |
| 9.- ¿quién tomó la iniciativa para convivir?   | Varón ( )       | Mujer( ) | ambos( ) |
| 10.-¿cuando sirve los alimentos a quién le dá mayor cantidad?  | Varón ( )       | Mujer( ) | ambos( ) |
| 11.-Está Ud. de acuerdo en que las mujeres se dediquen más a la labor doméstica y el varón a la política?      | Si..... no..... |          |          |
| 12.-Si naciera su bebé de qué color le vestiría?<br>mujer (rosado), varón(ceoleste)                            | Si..... no..... |          |          |
| 13.- Suele decir a un niño cuando está llorando “los hombres no lloran”  | Si..... no..... |          |          |
| 14.- Si regala un juguete, para un niño elige: carrito, pistola<br>para una niña elige: muñeca, cocina, casita | Si..... no..... |          |          |
| 15.- Si tuviere que salir temprano de casa, y tuviese 2 hijos (varón, mujer) a quién encargaría cocinar:       | Varón ( )       | Mujer( ) | ambos( ) |

### MITOS

Ud. cree que:

LAS MUJERES SON:	LOS HOMBRES SON:	SI.....	NO
16.-delicadas	bruscos	( )	( )
17.-cariñosas	fríos	( )	( )
18.-poco inteligentes	inteligentes	( )	( )
19.-dependientes	independientes	( )	( )
20.-débiles	fuertes	( )	( )
21.-amas de casa	proveedores	( )	( )
22.-requieren de protección	protectores	( )	( )
23.-volubles	decididos	( )	( )
24.-apaciguadoras, tolerantes	agresivos, intolerantes	( )	( )
25.-cautelosa, cuidadosa	aventurero, indiscreto, arriesgado	( )	( )
26.-pasivas	activos	( )	( )
27.-subjetivas (imaginadoras)	objetivos	( )	( )
28.-calladas	expresivo	( )	( )
29.-secretaria	jefes	( )	( )
30.-cooperativas, colaboradoras	competitivos, egoístas	( )	( )

### **ESCALA DE VALORES:**

- Si la respuesta contestada fuera “Varón” o “Si”, entonces se dará un puntaje de “2” a cada respuesta.
- Si la respuesta contestada fuera “Mujer” , se dará un puntaje de “1” a cada respuesta (excepto la pregunta n° 7,8,15 en que la respuesta “mujer” vale 2 puntos).
- Si la respuesta contestada fuera “No” o “Ambos”, entonces se dará un puntaje de “0” a cada respuesta

De 0 a 29 puntos = Mitos y Costumbres del rol de género arraigados en menor intensidad

De 30 a 60 puntos = Mitos y Costumbres del rol de género arraigados en mayor intensidad

### ANEXO 3

#### TRABAJO GRUPAL EXPLORATORIO PREVIO (“Focus Group”)

Se propuso el tema con la metodología participativa, individual y en equipo, con el apoyo administrativo de la investigadora para captar y reproducir las versiones del grupo, tomando nota de ello. (solo participaron mujeres del servicio de Psicoprofilaxis y puerperio)

- TITULO** : identificación del tema principal: “género”
- OBJETIVO** : identificación de los Mitos y Costumbres del rol de género
- TIEMPO** : de acuerdo al número de participantes (1-2 horas)
- MATERIALES:** pizarra, plumones, papelógrafos, cinta adhesiva, cartulina.
- PREPARATIVOS:** lista de tareas que la investigadora ha de realizar con anterioridad a la sesión .
- PASOS:** proporciona las instrucciones para realizar la sesión. Esta fue construida en torno a los 4 componentes del ciclo de aprendizaje mediante la experiencia: experiencia, reflexión, generalización y aplicación.

**PASO 1:** Se proporciona las instrucciones para realizar la sesión; basada en:

**LA EXPERIENCIA:** Es un ejercicio o presentación participativa en la que se presenta la información para debate.

**LA REFLEXIÓN:** Ayuda a los participantes a pensar en la nueva información y a analizarla, y a desarrollar sus propias ideas acerca de un tema.

**LA GENERALIZACIÓN:**  
Permite a los participantes sacar amplias conclusiones y lecciones acerca de la nueva información.

**LA APLICACIÓN:** Permite presentar visualmente cómo podrían aplicar su nuevo conocimiento o aptitudes en un futuro.

**a.-** Se explica a los participantes que, puesto que es una sesión participativa donde aprenderán unos de otros, es importante que se conozcan. Por lo que se entrega un trozo de papel de rotafolio (cartulina) y un rotulador para escribir su nombre y colocárselo en el lugar más visible de su cuerpo.

**b.-** Se introduce la sesión hablando acerca de:



- La realidad actual de la Salud Reproductiva de la Mujer (mortalidad materna, aborto, embarazo no deseado).
- Mostrar el porcentaje de participación del varón en los servicios de Salud Reproductiva y cómo beneficiaría su participación activa.

**c.- INTRODUCCIÓN AL TEMA: GÉNERO;** es un tema que afecta a todas las personas de la misma forma y que, en esta sesión, se pide a los participantes que compartan memorias y experiencias personales relacionadas con el género.

**PASO 2 :** Se pide a los participantes que se dividan en grupos pequeños de 3 a 4 miembros.

**a.-** Individualmente recuerde su memoria mas antigua, mas significativa y mas importante de una experiencia relacionada con descubrir que Ud. era mujer y, por tanto se le trataba de forma diferente del otro sexo.

**b.-** Después de unos minutos de reflexión individual, comparta esta experiencia con otros miembros de su grupo.

**c.-** Después de que todos los miembros del grupo han compartido las memorias , se trabajara por grupos para elaborar un papelógrafo, una representación, dramatización, poema, canción, ilustración, cuento o danza de 5 minutos que ilustre las memorias compartidas en el grupo.

**PASO 3:** Cada grupo expone sus memorias, se promueve el debate acerca de las memorias individuales compartidas , haciendo las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se sintió usted al compartir el relato?.
- ¿Qué le indicó la memoria que compartió?, ¿acerca de ser mujer?, ¿acerca de la vida?.
- ¿Cuáles fueron las expectativas de su familia, de usted, de la sociedad?.
- ¿Qué conclusión acerca del genero saco usted de la experiencia de la memoria?

**PASO 4:** Se pide a los participantes de cada grupo que escriban 2 frases, una por cada papelógrafo.

- “En mi cultura, las mujeres han de ...”.
- “En mi cultura, los hombres han de ...”.

**PASO 5:** Se explica la diferencia entre un rol de género y un rol de sexo. Además se explican que los estereotipos de género surgen de la confusión entre los roles de género y los roles de sexo.

Un ejemplo de un estereotipo de género es el Mito de que las mujeres son tímidas y delicadas debido a su biología en lugar de debido a las expectativas de la sociedad.

- a.- Se pide a los participantes que compartan ejemplos de estereotipos de género (los anteriormente escritos y otros).

**PASO 6 :** MITOS Y CULTURA POPULAR

- a.- Explicar una forma en que las culturas y la sociedad perpetúan roles de género mediante el mito, la costumbre (canciones, relatos, juegos, proverbios, rimas, etc.).
- b.- Mediante lluvia de ideas, se prepara una lista de relatos, canciones, juegos, dichos, proverbios o rimas tradicionales y modernas sacadas de los años de su niñez relacionada con roles de la mujer y el varón.
- c.- Explicar que los mitos y otras costumbres perpetúan temas de género en la sociedad. Proporcionan normas de comportamiento y el razonamiento en la que se sustentan. Los mitos se transmiten de padres a hijos en forma de chistes que internalizan subconscientemente los mensajes subyacentes. Rara vez analizamos estos y podríamos sorprendernos al descubrir sus repercusiones completas.

**PASO 7 :** INSTITUCIONES Y SISTEMAS

- a.- Se pide a los participantes que mediante lluvia de ideas, preparen una lista de instituciones y sistemas que crean y mantienen los roles de género. (Podrían figurar en sus respuestas: La familia, medios impresos y visuales, anuncios, religión, el gobierno, la ley, el sistema educativo, etc.)

## **ANEXO 4**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,.....

Acepto integrar el grupo de participantes voluntarias para el trabajo de investigación “Género y equidad frente a mitos y costumbres como factores determinantes de la salud reproductiva de la mujer” realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo y aportaré colaborando en las preguntas que me haga el investigador. Por lo cual firmo este documento:

---

Lima, 2003

---

<sup>2</sup> jkjl  
<sup>2</sup> jklkj