

T
1226

 XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

124854

24854

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA



Casa abierta al tiempo

UNIDAD XOCHIMILCO

División de Ciencias Sociales y Humanidades
Maestría en Estudios de la Mujer

**“Una revolución en mí...”
Saberes y prácticas sobre el cuidado de la salud
durante la menopausia y el climaterio**

TESIS

Que para optar por el grado de:
Maestra en Estudios de la Mujer

Presenta:

Gabriela Pineda Hernández

Directora: Dra. Dora I. Cardaci Rodríguez

Lectoras: Dra. Ángeles Sánchez Bringas

Dra. Mónica Cejas Minuet

FEBRERO 2011

Si yo soy lo que soy
Y dejo que en mi cuerpo, que en mis años
Suceda ese proceso
Que la semilla le permite al árbol
Y la piedra a la estatua, seré la plenitud.

Rosario Castellanos

A Katy

*Por su invaluable presencia, motivación
y atenta escucha en todo momento.
Gracias mamá.*

CONTENIDO

Introducción

Capítulo 1. Aproximaciones múltiples al fenómeno de la menopausia	12
1.1 ¿Qué es la menopausia? El saber biomédico sobre la menopausia y el climaterio	14
1.1.2. Síndrome climatérico	15
1.1.3. La menopausia como enfermedad	16
1.1.4. Resolución a los síntomas: biomedicina y el uso de la Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH)	19
1.1.5. Tratamientos alternativos y/o complementarios a la TRH desde la visión biomédica	21
1.2. Acercamiento a la menopausia desde la mirada sociocultural	
1.2.1. La menopausia es proceso natural. El posicionamiento feminista	24
1.2.2. La menopausia como proceso sociocultural	26
1.3. Menopausia: interrelación de saberes y prácticas diversas	
1.3.1. Ejemplos de Autocuidado	29
1.3.2. La vivencia de la menopausia en contextos diferenciales	31
1.3.3. Utilización de tratamientos alternativos y/o complementarios a la biomedicina durante la menopausia	36
1.3.4. Compartiendo experiencias sobre la menopausia	38
Capítulo 2. Aproximación teórico-analítica	43
2.1. Menopausia: Cuerpo, género y experiencia	44
2.2. Antropología médica como vía de reflexión	48
2.2.1. Modelo Médico Hegemónico (MMH)	49
2.2.2. Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS)	51
2.2.3. Modelo de Autoatención (AA)	52
2.3. Entramado de categorías analíticas	55
Capítulo 3. La ruta metodológica	61
3.1. Construcción de la guía de entrevista	63
3.2. Criterios de inclusión y exclusión del grupo de estudio	67
3.3. Definición de la técnica metodológica	69
3.4. Relatos de menopausia y climaterio: perfil de las mujeres entrevistadas	70
Capítulo 4. Experiencia de las mujeres entrevistadas sobre el cuidado de la salud durante la menopausia y el climaterio	
4.1 Significados de la menopausia y el climaterio desde las mujeres participantes	77
4.1.1. ¿Enfermedad o proceso natural? Repensando el significado de la menopausia	78
4.1.2. <i>Para mí ser mujer es un complemento de todo</i> : La asignación de etiquetas sociales	82
4.1.3. <i>¡Estoy a la mitad de mi vida!</i> : La construcción de un nuevo tiempo vivencial	87
4.2. Manifestaciones físicas y psicológicas relacionadas al proceso climatérico	91
4.2.1. <i>Comencé a pensar que era la menopausia</i> : irregularidades menstruales	97
<i>Como si te abrieran una llave</i> : Hemorragias menstruales	98
<i>¿Estaré embarazada?</i> : Periodos temporales de amenorrea	102
4.2.2. Bochornos, calores y sudoraciones	105
4.2.3. Depresión y "cambios de humor"	108
4.2.4. Sobrepeso y obesidad	113
4.2.5. Padecimientos óseos	114
4.2.6. Resequedad vaginal y disminución de la libido	116

4.3. <i>Esto la va ayudar a sentirse bien: saberes y prácticas terapéuticas</i>	118
4.3.1. El inicio de la trayectoria terapéutica.....	118
<i>Llegué con el doctor para decirle ¿qué está pasando en mí?: la búsqueda de atención biomédica</i>	
4.3.2. Atención terapéutica desde el campo de la medicina científica.....	122
<i>A una buena alimentación le añado mis ejercicios : Autocuidado y salud positiva</i>	125
Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH): entre saberes y temores.....	128
4.3.3. Prácticas terapéuticas complementarias al sistema biomédico.....	134
<i>Todo viene de las plantas: Utilización de la herbolaria durante el climaterio</i>	138
<i>A las mujeres chinas no les dan bochornos: prácticas de salud complementarias a la biomedicina</i>	140
Conclusiones.....	144
Bibliografía.....	155

INTRODUCCIÓN

El cuidado de los otros/as ha sido abordado en diversos estudios como un elemento importante dentro del vínculo de las mujeres con la salud, logrando ser identificadas como enfermeras, terapeutas y depositarias de una vasta pluralidad de conocimientos. Son generalmente las mujeres quienes reconocen y evalúan los síntomas de enfermedad, establecen los cuidados a seguir, los recursos y el tiempo que invertirán en el tratamiento. Ante esto cabe preguntar ¿dónde o a través de quién ocurre la adquisición de saberes sobre el tratamiento y procuración de la salud? quizá sea la atención que exige el propio cuerpo lo que de alguna manera liga a las mujeres con la búsqueda de información para atender y entender las transformaciones que acontecen en él, su magnitud o su naturaleza. En este sentido, el saber sobre el cuerpo es construido e intercambiado con otros actores sociales, lo que permite la conformación de diversas experiencias sobre los distintos momentos del ciclo de vida.

Mi interés principal está centrado en la adquisición y transmisión de saberes y prácticas sobre una serie de cambios que viven las mujeres alrededor de los 40 y 45 años, en que empiezan a ocurrir transformaciones fundamentales en sus cuerpos. En esta etapa, los ciclos de ovulación comienzan a presentar irregularidades a consecuencia de la disminución de estrógenos y si este nivel llega a ser muy bajo, finaliza la presencia de la menstruación y sobreviene *la menopausia*¹, la cual se enmarca en un evento más amplio llamado *climaterio*².

La menopausia es sin duda un hecho importante en el ciclo de vida de las mujeres, en especial durante la madurez y en la construcción del "ser mujer" al presentarse una serie de cambios socioculturales y psicológicos determinados por la ausencia de la

¹ Diversos estudios han señalado la presencia de la menopausia a una edad promedio de 50 años, aunque se ha visto que en los países industrializados aparece a edades más tardías, situación contraria para los países en desarrollo (Malacara, 2003).

² El climaterio representa la etapa de transición entre el período reproductivo y el no reproductivo en la mujer, extendiéndose desde la madurez hasta la senectud.

capacidad reproductiva, el ejercicio de nuevos roles, la constitución de diferentes arreglos familiares y económicos, el cuidado de la salud, la disminución o pérdida de capacidades relacionadas con el envejecimiento, la búsqueda de objetivos y planes de vida, por sólo citar algunos.

Asimismo, en este momento de vida intervienen distintos discursos sociales y médicos dirigidos a producir una concepción del cuerpo normativa a partir de traducir la experiencia corporal al lenguaje médico desde donde se determina una acción terapéutica. En este sentido, es que la ciencia médica se ha acercado a las mujeres determinando su condición y calidad de vida en una etapa donde la sintomatología, la expresión de los malestares y la falta de hormonas, es lo que caracteriza el punto de partida para “aliviar” aquello que suele considerarse como una enfermedad.

Si bien es importante considerar la medicalización del proceso climatérico, igualmente es central reconocer la experiencia corporal que conllevan cambios fisiológicos derivados del mismo. Al respecto, algunas manifestaciones que se presentan durante el periodo climatérico son el insomnio, el dolor de senos, los problemas urinarios, la sequedad vaginal, los bochornos y cambios en el estado de ánimo, lo que desde las ciencias médicas se ha denominado como *síndrome climatérico*, presentándose en cerca del 70 y 80% de las mujeres, donde al menos en la mitad, es tan intenso que llega a alterar su calidad de vida (Velasco-Murillo *et al.*, 2007).

Se menciona que “en Estados Unidos el 43% de las mujeres en etapa de climaterio utiliza alguna de las siguientes terapias: técnicas de relajación, herbolaria, multivitamínicos y remedios caseros” (Carranza Lira, 2003, 418). Me pregunto: En el caso de mujeres del Distrito Federal ¿cuáles son las diferentes opciones a las que recurren? ¿Serán principalmente terapéuticas denominadas como alternativas y/o complementarias o

aquellas que provienen de la biomedicina reflejando con esto la medicalización de este proceso? Algunas mujeres podrían entender los síntomas o signos de la menopausia y el climaterio como resultado de un proceso natural y por lo tanto, no hacer nada al respecto o, por el contrario, buscar alternativas para tratar sus malestares. En todo caso ¿quiénes serían aquellos agentes a los que las mujeres recurren para significar su experiencia con respecto a la menopausia?

A nivel nacional se ha observado una escasa solicitud de atención médica por problemas asociados al climaterio y menopausia en los servicios de medicina familiar del IMSS. Para el año 2005 fue de 5.3 % del total de las consultas (Velasco-Murillo, *et al.*, 2007); este bajo porcentaje ¿podría deberse a que se decide postergar la consulta médica debido a que intervienen factores como el tiempo de espera para la consulta o la falta de recursos económicos? o ¿es que quizá la menopausia y el climaterio se entienden como hechos que no deben ser tratados médicamente?

La presente investigación tuvo como principal objetivo describir y analizar la construcción y transmisión de saberes y prácticas sobre la atención y cuidado de la salud durante la etapa de la menopausia y el climaterio en un grupo de mujeres urbanas. Asimismo, se buscó analizar en qué medida el llamado proceso de medicalización se encontraba presente en dichos saberes y prácticas. Para dar respuesta a esto se consideraron los siguientes objetivos secundarios:

1. Identificar y analizar los principales malestares asociados a la menopausia y climaterio, así como los saberes y las prácticas diagnósticas y terapéuticas utilizadas para tratarlos.
2. Describir y analizar la relación que las mujeres sostienen con los diferentes modelos médicos durante esta etapa en cuanto a la utilización y selección de saberes y prácticas diagnósticas y terapéuticas.
3. Identificar y analizar los principales medios y/o agentes, que intervienen en la transmisión y construcción de saberes y prácticas sobre la menopausia.

La importancia de esta investigación radica en describir y analizar los diversos saberes y prácticas para el cuidado de la salud durante la etapa post-reproductiva, así como las posibles redes³, relaciones o interacciones que posibilitan y difunden estos aspectos. Entendemos que es posible comprender más este proceso a partir de la realización de historias de vida. De igual manera, se pretende mostrar que a partir del análisis de las experiencias de las mujeres en esta etapa puede obtenerse información importante que pueda desencadenar potenciales mecanismos de apoyo, acción y autoconciencia, elementos cruciales durante lo que se ha denominado como madurez o mediana edad, donde la menopausia es tan sólo un elemento que se conjuga con el contexto y circunstancia particular en la que se desarrolla la vida de cada mujer.

El aumento en la esperanza de vida⁴ ha sido otro aspecto fundamental a considerar en el estudio de este tema, ya que a partir de dicho cambio, más mujeres tienen la posibilidad de vivir el periodo post-menopáusico. En este sentido, se vuelve indispensable la realización y/o perfeccionamiento de políticas públicas y estrategias que permitan que las mujeres de 40 años y más, puedan acceder a servicios médicos y sociales donde a partir de un enfoque que de cuenta de las necesidades específicas durante esta etapa desde su propia experiencia, puedan obtener herramientas para desarrollarse con la mayor calidad de vida posible.

Es necesaria, además, la existencia de más estudios sobre la salud de las mujeres en diversas fases de su vida, puesto que la atención ha estado enfocada principalmente hacia el periodo reproductivo otorgándole una menor importancia a la etapa post-

³ El desarrollo de redes puede hablar de "una forma de satisfacer las necesidades y de realizar objetivos que los aparatos gubernamentales o institucionales no pueden lograr por sí mismos" (Valentini y O'Neill, 2004,248). Algunos de los aspectos principales que se pueden encontrar en diversas definiciones de redes son "la democracia (no hay autoridad ni jerarquía), el aspecto voluntario y auto organizativo de los miembros basado en el conocimiento mutuo y la confianza, la creatividad, la flexibilidad, la ruptura de barreras especialmente institucionales, el compartir un ideal común" (*ibid.*, 2004,248).

⁴ De acuerdo con estadísticas del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la expectativa de vida de las mujeres mexicanas para el año 2008 se estima en 77.5 años (CONAPO, 2008).

reproductiva. De acuerdo a lo anterior, se vuelve fundamental el desarrollo de campañas que aborden la menopausia y el climaterio de manera integral, multidisciplinaria, donde no sólo se privilegie el enfoque biomédico, sino también otros referentes para describir y mostrar nuevas perspectivas hacia las mujeres de esta edad, donde impere un ambiente de diálogo, autonomía e intercambio.

CAPÍTULO 1: APROXIMACIONES MÚLTIPLES AL FENÓMENO DE LA MENOPAUSIA

La menopausia se presenta como un fenómeno múltiple motivo de diversos estudios, donde pueden encontrarse diferencias y similitudes en el abordaje, pero también interrelaciones. Algunas investigaciones se han encargado de comprender al máximo los cambios fisiológicos, hormonales y psicológicos en esta etapa, así como la atención y el uso de servicios médicos; otras han intentado desmitificar a la menopausia como una enfermedad al sacarla de un ámbito exclusivamente fisiológico relacionando aspectos como el género, el trabajo, los vínculos familiares e institucionales, la sexualidad, el envejecimiento y los significados que cada mujer otorga a este evento.

Al considerar la multiplicidad de miradas a través de las que se ha abordado el tema de la menopausia, Evangeline C. Gronsenth (1990) realiza una revisión documental en la que identifica algunos de los principales temas en diferentes campos teóricos. Desde una perspectiva más biomédica, encuentra investigaciones cuyo eje es la Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH), la densidad ósea y la osteoporosis, los mecanismos fisiológicos que producen los sofocos o bochornos, pero también, temas sobre sexualidad, la depresión y el estado de ánimo, trabajos que a su parecer, han ejercido un efecto importante sobre los programas preventivos y de tratamiento durante la menopausia⁵. Por otro lado, describe estudios socioculturales que han revelado diferencias en la experiencia de la menopausia relacionada con el estatus socioeconómico, los factores ambientales, las creencias y actitudes, el significado individual y colectivo.

⁵En contraste, se puede señalar que en México "el Programa de Salud Reproductiva (1995) comprende aquellos aspectos relativos a la planificación familiar, la salud perinatal, la salud reproductiva de adolescentes, el tratamiento de cáncer del aparato reproductivo, la prevención, detección y manejo de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, y la atención en el climaterio y la menopausia. Se considera a las mujeres de entre 15 y 45 años como mujeres en edad fértil, y las *posmenopáusicas* no tienen rango determinado de edad. Las mujeres cuyas edades oscilan entre 50 y 59 no aparecen en ninguno de los grupos de edad incluidos en los programas mencionados" (Rosales, 2005,175).

Por su parte, Geri L. Dickson (1993) en su texto *Metaphors of menopause: the metalanguage of menopause research*, identifica cuatro grandes paradigmas en la investigación sobre menopausia:

- El *paradigma biomédico*: describe a la menopausia como un evento negativo respecto al cual es necesaria la intervención médica.
- El *paradigma sociocultural*: entiende a la menopausia como un evento natural donde el contexto y los significados socioculturales son importantes para describir las diferentes experiencias.
- El *paradigma feminista*: considera a la menopausia como un proceso natural femenino que a menudo conlleva implicaciones sociales y de clase, pero además, puede ser utilizado para reprimir y controlar a las mujeres a través de su medicalización.
- El *paradigma posmoderno*: incluye perspectivas fisiológicas, sociales, históricas y culturales –sin privilegiar ninguna- para analizar la experiencia de la menopausia para cada mujer.

A pesar de que los paradigmas sociocultural, feminista y posmoderno se aproximan a la menopausia desde una perspectiva más centrada en las mujeres, el paradigma biomédico se mantiene como el más dominante (Dickson, 1993) presentando a la menopausia como un evento centrado en cambios de tipo fisiológico que se acompaña de invariables y devastadores síntomas (Murtagh y Hepworth., 2003).

A lo largo de este capítulo vincularé y revisaré de manera más amplia, las principales aportaciones que desde diversos cuerpos teóricos se han construido sobre el fenómeno de la menopausia. Desde las ciencias sociales daré cuenta de algunos trabajos que han analizado las acciones y relaciones sociales alrededor del cuidado de la salud y la significación de este proceso.

Iniciaré con el saber producido por las ciencias biomédicas para conocer cuál es la vía de aproximación a la menopausia y las prácticas recomendadas para tratar la posible sintomatología, y además tener un mejor entendimiento de los cambios fisiológicos y hormonales que ocurre en esa etapa del ciclo de vida.

1.1 ¿QUÉ ES LA MENOPAUSIA? EL SABER BIOMÉDICO SOBRE LA MENOPAUSIA Y EL CLIMATERIO

La definición más clásica de acuerdo con las ciencias biomédicas, describe a la *menopausia* como un evento fisiológico que se presenta en todas las mujeres y se establece a partir del último período menstrual, el cual se identifica después de 12 meses de amenorrea⁶.

La edad de la menopausia puede variar entre poblaciones, en México se ha encontrado que desde 1990 se presenta en un promedio de edad entre los 48.2 y 48.5 años (Malacara, 2003). Se ha sugerido que las condiciones socioeconómicas pueden estar relacionadas con una menopausia temprana así como el uso del tabaco, mientras que el vegetarianismo se reporta como un factor que puede retrasar la edad en que se manifiesta (Malacara, 2003 y Mora, 1996).

A pesar de que la menopausia pueda describirse de manera tan exacta, se enmarca en un evento más amplio, de aproximadamente 20 años, denominado *climaterio*. En este período el organismo de las mujeres va adaptándose de manera gradual a una serie de cambios hormonales donde los niveles de estrógeno comienzan a ser más bajos debido a modificaciones producidas en los ovarios, los cuales son los productores naturales de los estrógenos. Los ciclos de ovulación se presentan de forma irregular, la proliferación endometrial se detiene y por lo tanto, finaliza la expulsión de sangre.

Los especialistas médicos suelen dividir al climaterio en tres fases:

1. Premenopausia o Perimenopausia: período en el que se presentan manifestaciones endocrinas, biológicas, clínicas y psicológicas (Abernethy, 1999,2).
2. Menopausia: ausencia permanente de la menstruación como consecuencia de la pérdida de actividad folicular del ovario (Abernethy, 1999,2).

⁶ Cuando la menopausia se presenta a edades tempranas –antes de los 40 años– se describe como *menopausia prematura o precoz*, si se presenta después de los 55 años se denomina *menopausia tardía*. Por otro lado, también puede producirse a consecuencia de una enfermedad o histerectomía, lo que se ha denominado como *menopausia artificial o quirúrgica*.

3. Postmenopausia: período posterior a los 12 meses subsiguientes a la ocurrencia de la menopausia, algunas de las posibles complicaciones son la osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, crónico-degenerativas, además de que se han observado casos de Alzheimer (Aldana, 2007).

1.1.2. Síndrome Climatérico

A consecuencia del bajo nivel de estrógenos existe un conjunto de síntomas, conocidos dentro de la literatura biomédica como *síndrome climatérico*. Algunos de los más frecuentes son los sofocos o bochornos, trastornos del sueño, sequedad vaginal, problemas urinarios y cambios en el estado de ánimo.

Existen mujeres que no presentan ninguna molestia, en contraste con el 70 u 80% de las mujeres que experimentan una sintomatología de intensidad variable que puede llegar a alterar su calidad de vida (Abernethy, 1999; Velasco-Murillo *et al.*, 2007). A través de los siguientes porcentajes podemos dimensionar dicho impacto (Abernethy, 1999,11):

- 25% de las mujeres siguen experimentando síntomas durante cinco años
- 5% de las mujeres aún experimentan síntomas muchos años después de la menopausia
- 51% de las mujeres sintomáticas describen como “intensos” sus síntomas.

Es importante mencionar que aunque las mujeres puedan expresar determinados síntomas, algunos no están relacionados de manera exclusiva con la menopausia debido a causas multifactoriales, como podría ser el proceso de envejecimiento o también a diferencias culturales⁷. Se ha evidenciado que la presencia de síntomas puede estar relacionada con aspectos como el estatus de la mujer dentro del grupo familiar, la ausencia de una actividad laboral fuera de casa, así como los estereotipos asignados a las mujeres en la cultura occidental donde se valora la juventud, la productividad, la sexualidad, la fertilidad, entre otros. Por lo que estudios antropológicos han revelado que el

⁷ Con respecto a los síntomas, en Japón se reporta principalmente la rigidez de hombros; en Taiwán, es manifestado el dolor de espalda y el cansancio; en Líbano se menciona la fatiga y la irritabilidad (Brockie, 2004). Estudios en regiones rurales y urbanas de México han encontrado que del 31-50% de las mujeres en la etapa posmenopáusica presentan sofocos o bochornos y sudores nocturnos (Michel, *et al.*, 2006). Un claro ejemplo de las diferencias culturales que intervienen en la vivencia de la menopausia es el caso de Japón, donde no existe una palabra que describa los llamados bochornos.

significado de la menopausia varia entre los contextos socioculturales, mostrándose de manera más positiva principalmente en aquellos no occidentales (Avis, 1999). Considerando lo anterior, desde la biomedicina algunos autores han propuesto reconocer sólo aquellos síntomas que dependen del nivel de estrógenos: los bochornos, la vaginitis atrófica y la osteoporosis⁸ (Pelcastre, 2005).

1.1.3. La menopausia como enfermedad.

La atención que se le ha dado a la menopausia y climaterio desde las ciencias biomédicas ha estado principalmente centrada en los cambios fisiológicos y los desequilibrios que trae consigo la baja producción de hormonas. La sintomatología es el punto de partida médico para acercarse a las mujeres en esta etapa y aliviar aquello que suele considerarse como una “enfermedad”.

Aunque médicamente se reconozcan sólo tres síntomas derivados de la baja producción de estrógenos - bochornos, vaginitis atrófica y osteoporosis-, manifestaciones como el cansancio, el insomnio, el dolor muscular, la depresión, la irritabilidad, la incontinencia urinaria, siguen estando presentes en la experiencia de muchas mujeres en esta etapa. Ante esto ¿qué tipo de medidas se emplean desde el sector biomédico? Una es la llamada Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) o Tratamiento Hormonal Sustitutivo (THS), compuesto por estrógenos y progesterona.

Al respecto, hay que decir que este tratamiento cobra especial importancia dentro del escenario histórico de cómo es que la menopausia va considerarse una enfermedad que tiene que ser medicalizada, por lo que es pertinente adentrarnos un poco más en dicho relato.

⁸ La osteoporosis, es una enfermedad esquelética que va afectando progresivamente la masa ósea a través del debilitamiento y la disminución; la presencia de fracturas es la consecuencia más importante de esta enfermedad. En las mujeres la principal causa de osteoporosis, es la deficiencia de estrógenos a consecuencia de la menopausia.

En el artículo *The politics of menopause: the "discovery" of a deficiency disease*, Frances B. McCrea (2004) aborda el tema de la menopausia como una enfermedad en conexión con la comercialización en Estados Unidos de estrógenos sintéticos de fácil administración y bajo costo en los años sesenta⁹, es decir, la Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) o Tratamiento Hormonal Sustitutivo (THS).

En aquel entonces Robert A. Wilson funge como uno de los personajes principales en esta cruzada por la utilización de los estrógenos para "tratar" o "curar" la menopausia al describir este proceso como una enfermedad deficitaria similar a la diabetes. Este tratamiento estrogénico a su vez crearía un efecto preventivo contra enfermedades como el cáncer de mama y uterino, además de otros problemas relacionados con el envejecimiento, por lo que empieza a considerársele también como la "píldora de la juventud".

McCrea relata que dentro del libro *Feminine Forever* (1966), Wilson describe a la menopausia como un hecho que amenaza la "esencia femenina", la cual puede ser rescatada mediante la utilización del tratamiento hormonal al contrarrestar algunos síntomas físicos como los bochornos y/o sofocos, la osteoporosis, la atrofia vaginal, la reducción de senos, pero también conductas como la irritabilidad, la depresión, el alcoholismo e incluso el suicidio.

Wilson no sólo advierte a las mujeres de los efectos negativos que la menopausia produce en ellas, sino también la forma en la que afectará a su familia, especialmente a su esposo¹⁰, por lo que la mujer que utilice estrógenos se adaptará mejor a los cambios,

⁹ Este hecho tuvo lugar después de muchos años de experimentación y perfeccionamiento ya que las primeras pruebas, algunas derivadas de animales, otras de ovarios disecados, otras más químicamente sofisticadas, eran muy costosas.

¹⁰ Michelle Ramírez (2006) en el artículo *Manufacturing heterosexuality: hormone replacement therapy and menopause in urban Oaxaca*, elabora un interesante artículo de corte etnográfico en Oaxaca de Juárez, donde el discurso médico a las mujeres menopáusicas, señala la fragmentación del núcleo familiar y la relación de pareja como efectos de esta etapa, por lo que se promueve el consumo de fármacos para mantener y/o recuperar el atractivo y la actividad sexual disminuida debido a los cambios hormonales. Sin embargo, la opinión de las mujeres de este estudio ofrece diferencias

conservará la felicidad de su familia y podrá cumplir con sus obligaciones de esposa, seguirá siendo femenina por siempre.

A finales de los setenta *Feminine Forever*, se posiciona como una de las fuentes más importantes dentro de múltiples artículos, anuncios publicitarios y revistas para mujeres, todos promocionando el uso de la terapia hormonal. Para 1975 los estrógenos se convirtieron en el quinto medicamento más prescrito en Estados Unidos, sin embargo, en ese mismo año al interior de la comunidad médica, surgirían cuestionamientos importantes acerca de su uso.

El autor señala que desde 1890 algunos investigadores ya habían encontrado una vinculación entre los estrógenos y el cáncer, sin embargo, no fue hasta 1975 cuando esta discusión adquiere relevancia debido a dos estudios epidemiológicos de diferentes equipos de investigación, publicados en el reconocido *New England Journal of Medicine*, donde señalaban al cáncer endometrial como uno de los efectos de la terapia hormonal.

Posteriormente, fueron realizados más estudios señalando dicho efecto, así como las medidas de precaución para seguir administrando la terapia, pero además un aspecto crucial fue que algunos miembros de la comunidad médica se manifestaron en contra de referirse a la menopausia como una enfermedad¹¹, como es el caso de Ziel y Finkle importantes cancerólogos que expresaron que tal modelo de enfermedad era producto de una visión tradicional del papel de la mujer (*Ib/d.*, 2004).

importantes, ya que la disminución del deseo sexual no representa para ellas un problema, ya que incluso algunas mencionaron tener una mayor libertad sexual.

¹¹ Los grupos feministas de aquel entonces fueron los primeros en manifestar una postura en contra de la estigmatización de la menopausia, más adelante revisaré en concreto este posicionamiento.

1.1.4. Resolución de los Síntomas: Biomedicina y Uso de la Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH).

Como esboqué brevemente, desde los años sesenta, cuando empieza a difundirse el uso de la TRH han surgido diversos debates sobre los beneficios y desventajas que reporta en las mujeres el uso de este tratamiento, ambos elementos han permanecido en cambio constante con el paso del tiempo y las múltiples investigaciones médicas revelando resultados contradictorios. Actualmente los efectos adversos siguen asociándose al cáncer de mama y endometrial, mientras que las principales ventajas aluden a la reducción del riesgo de problemas cardiovasculares y osteoporosis (AMEC, 2003).

Atendiendo al dinamismo que ha tenido la terapia hormonal en cuanto a la información publicada, me pregunto ¿qué información sobre este tema conocen las mujeres? ¿Es la opción terapéutica más solicitada por ellas? Al respecto, Sebastián Carranza Lira (2003) menciona que en Estados Unidos, una de cada tres mujeres que utiliza la TRH, 50% la considera innecesaria, 18% no la recibe debido a que la menopausia es considerada un proceso natural que no necesita de tratamiento y, finalmente 30% no la utiliza por creerla insegura.

Estos porcentajes nos permiten considerar que en otros contextos, la utilización de esta terapia no es la principal opción en cuanto a tratamientos se refiere. En el caso de México "se habla de un 9% de usuarias de la TRH de entre los 11 millones de mujeres que se encuentran en esta etapa" (Pelcastre, 2003,144), porcentaje que se ve influido por variables como la escolaridad, el estrato socioeconómico y el acceso a los servicios de salud.

Por su parte, Vitelio Velasco-Murillo *et al.* (2007) en su artículo *Conocimientos, experiencias y conductas durante el climaterio y la menopausia en las usuarias de los*

*servicios de medicina familiar del IMSS*¹², encontró que 34.7% de las mujeres premenopáusicas y 26.1% de las mujeres posmenopáusicas, presentaban síndrome climatérico severo caracterizado por tres o más síntomas, principalmente bochornos, irritabilidad o enojos, alteraciones menstruales y depresión o tristeza.

Al indagar sobre las acciones para tratar estos síntomas, observó que de las entrevistadas el 53.3% tomaba terapia de reemplazo hormonal, prescrita por un médico familiar (48.4%), un médico privado (25%), un especialista ginecoobstetra (12.1%), pero también por otro proveedor e incluso automedicación (14.5%). Por otro lado, el 10.7% de las mujeres eran ex usuarias de tratamiento farmacológico: el 39.4% lo había suspendido por indicación médica y el 23% por efectos indeseables, como sangrado transvaginal irregular, náuseas y mastalgia. Este estudio mostró que las mujeres contaban con un bajo conocimiento sobre el cuidado de la salud en esta etapa, fuera del uso de la TRH o algunas medidas higiénico-dietéticas como el ejercicio y la ingesta de alimentos ricos en calcio, que sólo el 26.6% de las mujeres mencionó.

Estos resultados podemos ligarlos a los obtenidos por Dilys Walker *et al.* (2007) a través de la aplicación de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (Ensar 2003) donde se menciona que la información proporcionada a las mujeres por parte del IMSS y de servicios médicos privados, se había limitado a los síntomas y causas de la menopausia, muy poca hacía referencia a los tratamientos. Este hecho de acuerdo con los autores/as, llama la atención debido a “los importantes antecedentes y uso de la terapia de reemplazo hormonal para el tratamiento de síntomas agudos de menopausia, así como la gran variedad de estrategias de tratamiento efectivas para la prevención y tratamiento

¹² Este fue un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico, ya que se trabajó con una muestra representativa nacional y regional que incluyó a 4162 mujeres de 45 a 59 años, usuarias de los servicios de medicina familiar del IMSS, durante el periodo septiembre de 2004 y enero de 2005. Algunas características las usuarias son: el promedio de edad de las encuestadas fue de 51 años, el 71.6 % era casada o en unión estable, 36.4 % tenía un trabajo remunerado y en 57.5 % la escolaridad era primaria o menor.

de la osteoporosis" (Walker *et al.*, 2007,224). ¿Cuáles serían esas estrategias de tratamiento efectivas?

1.1.5. Tratamientos Alternativos y/o Complementarios a la TRH desde la Visión Biomédica.

A pesar de que la TRH se posiciona como la principal opción médica para el tratamiento de la menopausia, hemos visto que intervienen otros factores para dejar de utilizarla o rechazarla, uno de los principales es el efecto que podría derivarse del uso del tratamiento hormonal, la falta de recursos económicos, e incluso por recomendación médica¹³, ya que es importante decir que debido al constante cambio en la información científica sobre los riesgos y beneficios de esta terapéutica, ni la propia comunidad médica cuenta con una única opinión al respecto.

De acuerdo a lo anterior, dentro de la literatura biomédica se recoge una serie de recomendaciones dirigidas al cambio de hábitos durante esta etapa, donde los más señalados son: no fumar, alimentación balanceada, vigilar los niveles de colesterol, triglicéridos, glucosa y presión sanguínea, disminuir el consumo de alcohol, controlar el peso corporal, tener una práctica rutinaria de ejercicios –caminar, trotar, bailar-, consumir soya, vitaminas A, D, E y suplementos de calcio y magnesio, realizar exámenes médicos como la citología cervico vaginal y la densitometría ósea, realizar el auto-examen de mamas, utilizar lubricantes vaginales y estrógenos locales –cremas, comprimidos o anillos colocados en la vagina para aliviar molestias derivadas de la atrofia vaginal- para seguir ejerciendo la sexualidad¹⁴, (Pérez, 2003; Andolsek, 2004; Monterrosa, 2005).

Específicamente para el alivio de sofocos o bochornos, se recomienda dormir en un cuarto fresco, mantener cerca un vaso de agua fría, identificar y eliminar comida que

¹³ Se ha mencionado que en algunos casos no es necesario administrar hormonas debido a que el 30% de las mujeres forman en las grasas sus propios estrógenos (estrona) concediéndoles la cantidad suficiente (Pérez, 2003).

¹⁴ "Linda Gannon señala que la confusión entre fecundidad y capacidad sexual propicia el supuesto de que existe una disminución del deseo y el placer, sobre todo en las mujeres maduras, pues su capacidad procreativa cesa con la menopausia" (Rosales, 2005,177).

pueda desencadenar los sofocos -el picante, la cafeína, el alcohol y bebidas calientes-, realizar ejercicios de relajación como respirar profundo o la meditación¹⁵, prácticas que igualmente se sugieren para aminorar los trastornos del sueño, además de tomar un baño antes de dormir (Andolsek, 2004).

Otro tipo de alternativas que se describen es el uso de plantas medicinales, siendo una de las mayormente documentadas el *cohosh negro* o también llamado *cimifuga racemosa*, cuya raíz contiene fitoestrógenos que inducen la actividad estrogénica¹⁶.

El uso de acupuntura y homeopatía, son otro tipo de opciones que aparecen desde el campo de la biomedicina, sin embargo, se hace hincapié en que “*natural* no es equivalente a *seguro* o *efectivo*” (Andolsek, 2004,180) ya que no existe suficiente evidencia sobre su efectividad en el tratamiento de la menopausia, al igual que en el caso de las plantas medicinales que pueden causar efectos adversos (Andolsek, 2004, Brockie, 2004) Es importante decir que muchas de las plantas o terapias descritas anteriormente son combinadas con el uso de otros tratamientos como la TRH (Brockie, 2004).

Aunque esta diversidad de opciones se encuentra documentada en la literatura biomédica, habría que analizar si en la consulta médica se ofrece esta información a las mujeres o sólo se está difundiendo el uso de la TRH, ya que sería necesario que tuvieran conocimiento de toda la gama de alternativas terapéuticas disponibles.

¹⁵ Se ha comprobado que “la respiración acompasada (lenta y profunda) disminuye la frecuencia de bochornos en 50%, aproximadamente, con respecto al inicio de los síntomas” (Freedman, 2008,179).

¹⁶ Se ha reportado que el *cohosh negro* es efectivo para aliviar en un 70% y hasta por 6 meses, los bochornos, cambios de ánimo e insomnios principalmente en mujeres de 54 a 55 años de edad, en promedio. Se ha visto que no existen efectos adversos importantes cuando la dosis es la adecuada (Andolsek, 2004; Brockie, 2004; Osmers, *et al.*, 2005)

Otras opciones son la valeriana, el dong quai, el ginseng, el ginko biloba, la kava kava, el aceite de onagra o prímla, la crema de ñame silvestre y la baya del árbol casto, la cual es utilizada para tratar los sangrados irregulares que produce la menopausia. Muchas veces se combina con el *cohosh negro* y la soya, e igualmente se recomienda utilizarla por un lapso de 6 meses a un año (Brett, 2008)

Por otro lado, se ha descrito el uso de *isoflavonas* en el tratamiento de los síntomas de la menopausia, ya actúan como estrógenos, provocando un efecto estabilizante cuando el nivel estrogénico es bajo; las principales fuentes son el *trébol rojo* y la *soya*, cuyo principal beneficio es disminución de los bochornos (Urdinola, 2005).

Al revisar parte del saber que sobre la menopausia y el climaterio se difunde desde la perspectiva biomédica, es posible dar cuenta del uso de términos -los cuales he utilizado durante este capítulo para después marcar una diferencia con otro tipo de aproximaciones teóricas- como deficiencia, síntomas, pérdida, alteraciones, efectos, consecuencias, desorden y disminución, por citar sólo algunos; conceptos procedentes de un bagaje teórico y técnico preciso en la explicación de cualquier enfermedad, por lo que no es de extrañarse que los cambios fisiológicos y hormonales de la menopausia y el climaterio sean entendidos como patología y que por consiguiente esta condición tenga que ser medicada.

Debe destacarse que si bien el discurso de la menopausia como enfermedad se encuentra presente en la mayoría de la literatura biomédica, es posible observar que en esta misma literatura se le identifica como un proceso *normal* o *natural* debido a que, al menos los cambios fisiológicos y hormonales, ocurren en todas las mujeres (Utian y Lobo en Mora, 1996, 274).

Ya sea que se la considere como una enfermedad o como un proceso normal o natural, ambos, determinan la forma en que cada mujer logrará interpretar y vivir los cambios corporales que puedan expresarse, modificando sus expectativas y actitudes, sus actividades y relaciones sociales. Como vemos, el discurso científico no sólo se reduce a una descripción fisiológica y médica, sino que encuentra lugar en el ámbito de lo sociocultural.

1.2. ACERCAMIENTO A LA MENOPAUSIA DESDE LA MIRADA DE LOS DETERMINANTES SOCIOCULTURALES.

1.2.1. La menopausia es un proceso natural. El posicionamiento feminista.

Como señalé anteriormente, el impulso que tuvo la Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) desde el campo médico a partir de los años sesenta fue muy importante, en especial con la publicación de Robert A. Wilson, *Femenine Forever*, quien señaló que los estrógenos podían revertir el reloj del envejecimiento en el cuerpo de las mujeres y curarían los efectos indeseables que la menopausia traía consigo.

A pesar de que dicho tratamiento hormonal tuvo una gran difusión, la crítica feminista se hizo presente argumentando que la menopausia no era una enfermedad sino un proceso natural que había sido re interpretado por el saber médico para definir, desde una óptica patriarcal, el cuerpo de las mujeres y sujetarlas a roles tradicionales cuya única función es la reproducción. La medicalización de la menopausia fue vista como otra forma de control para limitar la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos.

Con la publicación de diferentes investigaciones que relacionaban la terapia hormonal y el riesgo de presentar cáncer, las feministas señalaron enérgicamente el beneficio que obtenía la industria farmacéutica del modelo de enfermedad en el que se inscribía a la menopausia. La venta de una "cura" que resultaba contraproducente, no hacía más que demostrar el poco interés que la investigación biomédica tenía en preservar la salud de las mujeres.

Estos grupos feministas consideraban que la menopausia no era una experiencia traumática, que pocas mujeres presentaban problemas y que éstos podían ser tratados efectivamente con una adecuada nutrición, ejercicio y suplementos vitamínicos. Incluso se sugería su tratamiento a través de grupos de autoayuda, donde se fomentara un rol activo

de la mujer respecto a su salud, como lo promueve en 1976 el texto *Our Bodies, Ourselves* del Colectivo de Mujeres de Boston.

Por mucho tiempo, distintas corrientes del feminismo han estado enfrentándose a la postura biomédica sobre la menopausia rechazando la medicalización de un proceso que se caracterizaba como natural. Sin embargo, han existido críticas al interior del movimiento, como la que expresa Geri L. Dickson en *Metaphors of menopause: the metalanguage of menopause research*, al mencionar que mucho se ha criticado al modelo biomédico por su enfoque reduccionista con el que se describe el cuerpo de las mujeres, pero no se ha dicho que, de igual manera, la postura feminista cae en asunciones de tipo esencialista al considerar como verdad única que la menopausia es algo natural (Dickson, 1993).

En este sentido, Kwon Wei Leng (1997) en el artículo *Menopause and the great divide. Biomedicine, feminism, and cyborg politics*, analiza si existe una brecha verdadera entre el modelo biomédico y el feminista o si son sólo dos caras de la misma moneda. A partir de las aportaciones de Dickson y Patricia Kaufert, quienes consideran que tanto la biomedicina como el feminismo construyen mundos y realidades sociales para las mujeres, ya que ambos buscarían la “verdad” del proceso de menopausia. Wei Leng problematiza lo “natural” al expresar que no existen cuerpos naturales, y por lo tanto no hay menopausia natural. Es decir, el mismo rechazo a la terapia hormonal es una construcción tanto como lo es la etiqueta de enfermedad colocada a la menopausia. En su propuesta retoma la metáfora del *Cyborg*¹⁷ que propone Donna Haraway, para argumentar que el uso de los medicamentos y la tecnología no siempre deben enmarcarse dentro del clásico modelo

¹⁷ Donna Haraway (1995) propone la metáfora del Cyborg para deconstruir los binarismos como naturaleza y cultura. Ésta metáfora busca poner en evidencia que aquello que suele considerarse como natural no lo es. La propuesta de Haraway ha sido relevante dentro del feminismo para enfrentarse al reduccionismo biológico con el se habla sobre el cuerpo de las mujeres.

biomédico que rechaza el feminismo, sino que puede servir para revelar nuevas formas de subjetividad durante la menopausia.

Considero importante esta aproximación ya que muestra que el cuerpo de las mujeres no siempre debe ser entendido a través del dualismo salud-enfermedad, sino a partir de una visión no dual que incluya las diferentes variables que conforman un proceso vivencial como lo es la menopausia. Otro punto interesante que la autora expone es la construcción de nuevas subjetividades a través de la interacción con la tecnología, que en el caso de esta investigación no sólo puede verse a través del uso y/o rechazo de la terapia hormonal y el proceso de medicalización de esta etapa de la vida, sino también desde el contacto con otras alternativas médicas, el intercambio y/o la selección de saberes entre mujeres.

1.2.2. La menopausia como proceso sociocultural.

Debido a que la menopausia es un evento que ocurre durante la etapa adulta media, es importante considerar la presencia de diversos acontecimientos a nivel personal, familiar y social que influyen en este proceso: como cambios en la imagen corporal, problemas de salud, nuevas relaciones afectivas, divorcio o viudez, inestabilidad económica, el retiro o la reinserción al campo laboral, redefinición de roles, síndrome del "nido vacío", cuidado de los padres y/o nietos, reflexiones sobre el envejecimiento, entre otros.

Al buscar investigaciones sobre la menopausia y el climaterio en México que no estuvieran focalizadas en los aspectos biomédicos, encontré importantes trabajos desarrollados en diferentes zonas del país donde se analizaron los significados, las actitudes, las relaciones familiares, la sexualidad, las representaciones sociales, los conocimientos frente a la TRH, las prácticas de autocuidado de la salud (Beyene, 1985; Pelcastre *et al.*, 2001; García, 2003; Pelcastre, 2005; Rosales, 2005; Martínez *et al.*, 2008;

González, 2008). Estos trabajos examinan el vínculo de la menopausia y el climaterio con cada uno de los temas descritos, al igual que con otras variables como el acceso a los servicios médicos, la escolaridad, la preferencia sexual, el contexto sociocultural y el estrato socioeconómico.

Igualmente se abordan algunas de las connotaciones negativas que se han creado desde el imaginario social con respecto a la menopausia y la mediana edad o madurez, tales como las expresiones ofensivas, la ausencia de vida sexual, la desvalorización mediante la pérdida de la capacidad reproductiva y el cambio de la apariencia física, su relación con el envejecimiento. Pero también, se resaltan los aspectos positivos de esta etapa, ya que se recoge información sobre la disminución de las preocupaciones por los periodos menstruales y los embarazos, así como el tiempo disponible que se dedica a nuevas actividades.

Considerando estas aproximaciones, se confirma que la menopausia y el climaterio no son hechos exclusivamente médicos, sino experiencias bio-psico-sociales, atravesadas por el género¹⁸ dentro de un contexto y tiempo histórico específico. En este sentido, una de las más importantes contribuciones del feminismo, ha sido la posibilidad de entender y vivir de otra manera las expresiones del cuerpo al develar las condicionantes que el género inscribe en él; un ejemplo vinculado a la menopausia, es el tema de la capacidad reproductiva como uno de los símbolos supremos del "ser mujer". Al indagar sobre la manera en que las mujeres han interpretado esta "pérdida", por el contrario de lo que comúnmente se pudiera pensar, los trabajos mostraron que no sólo representó algo negativo sino que para muchas mujeres marcó nuevas perspectivas, otras formas vivenciales del "ser mujer".

¹⁸ El *género* hace referencia a la distinción entre sexo y, por lo tanto, al conjunto de fenómenos del orden de lo corporal y los ordenamientos socioculturales muy diversos, contruidos colectivamente a partir de dichas diferencias corporales (De Barbieri, 1996).

Frente a esto es importante cuestionar el lugar que ocupan el saber y la experiencia directa de las mujeres durante la menopausia y el climaterio, además de reflexionar por qué el conocimiento del propio cuerpo es relegado ante aquel que ofrece la ciencia. La antropología y la sociología médica han sido algunas de las principales disciplinas en enfrentar este tipo de cuestionamiento a través del análisis de la medicina científica, evidenciando “la manera en que la población concibe y actúa frente a sus propios padecimientos, destacando el papel de la estructura familiar y de las redes sociales de apoyo, como instancia de atención a los procesos de salud/enfermedad” (Osorio, 2001,21).

Cuando decido analizar la menopausia y el climaterio desde los aportes teóricos de la antropología médica, no estoy afirmando que ambos eventos deban ser considerados como enfermedades, ya que el espectro de esta disciplina comprende a “*toda* actividad desplegada alrededor de la salud” (Campos en Denman, 2008,77). En ese sentido y desde una perspectiva antropológica, será posible observar a profundidad las distintas dinámicas y los agentes que participan en el mantenimiento o búsqueda del estado de salud, pero también, entender los diferentes significados que cobra la experiencia del proceso de medicalización del cuerpo durante la menopausia y el climaterio.

A continuación, retomaré algunos trabajos realizados en diferentes contextos geográficos para trazar una línea donde pueda observarse la presencia de distintas alternativas para el tratamiento de las diversas manifestaciones referidas a la menopausia y el climaterio, pero también la importancia de las relaciones sociales entre mujeres con respecto a la adquisición y/o transmisión de saberes y prácticas en esta etapa.

1.3. MENOPAUSIA: INTERRELACIÓN DE SABERES Y PRÁCTICAS DIVERSAS

1.3.1. Ejemplos de Autocuidado.

De acuerdo a Eduardo Menéndez, por autocuidado podemos entender las acciones desarrolladas por los individuos para prevenir los ciertos padecimientos e implementar aspectos de salud positiva. El autocuidado implica una dimensión más individual a diferencia del concepto de autoatención que implica un carácter grupal y social (Menéndez, 2004). Por su parte, Haro (2000) menciona que *la autoatención* abarca tres tipos de prácticas: *las prácticas de autocuidado*, orientadas al cuidado de la salud, *las prácticas relativas a episodios de enfermedad* o cualquier otro tipo de sufrimiento, y *las prácticas de autoayuda* que refieren a organizaciones de carácter autogestionario (Haro en Denman, 2008).

Al respecto, en el trabajo *Autocuidado de mujeres en etapa de menopausia en Toluca, México*, María Dolores Martínez *et al.* (2008) buscan identificar prácticas de autocuidado en un grupo de 354 mujeres habitantes de Toluca¹⁹. En dicho estudio se observó que las mujeres contaban con muy poca información sobre la menopausia y los cuidados que debían tener en esta etapa ya que: el 80% no sabe qué significa la menopausia; el 95% desconoce si tienen problemas de osteoporosis; el 95% no acude al médico para tratar la menopausia; y un número significativo de mujeres presenta obesidad o sobrepeso, ya que no cuentan con una rutina de ejercicios (Martínez *et al.*, 2008).

El escaso conocimiento que se tuvo con respecto a la menopausia, se ve asociado a la poca relación que este grupo de mujeres sostiene con los sistemas médicos y el bajo porcentaje de prescripción de tratamiento hormonal para la menopausia, pero también a la falta de cuidado en otros aspectos, como el referido a la osteoporosis. Considero que una

¹⁹ Dentro del artículo no se especifican las características socioculturales y económicas de las participantes, únicamente se establece que el universo de estudio consideró a todas las mujeres de la Ciudad de Toluca que pertenecen a 127 Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB), por lo que la determinación de la muestra se hizo recurriendo a un método probabilístico aleatorio.

de las debilidades de este estudio es que no profundiza en los factores que hacen que las mujeres no tengan contacto con los médicos, ya que sólo se señala que es debido a que no cuentan con seguridad social.

En el artículo la categoría de género es utilizada para explicar la falta de autocuidado que mostraron las mujeres con las que realizaron la investigación, ya que debido a las responsabilidades del hogar, la educación de los hijos/as e incluso que algunas de las mujeres de este grupo fungieran como proveedoras económicas, llevó a que los cuidados de la salud se destinarán principalmente hacia los/as demás.

Elizabeth Bastías y Olivia Sanhueza (2004) elaboran un trabajo de corte similar titulado *Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la comuna de Concepción de Chile*, donde trabajan con 148 mujeres de entre 45 y 54 años en etapa de perimenopausia o premenopausia. Algunas de las manifestaciones más sobresalientes de la etapa de perimenopausia en este grupo fueron los bochornos, el nerviosismo y la ansiedad, las flatulencias, la hinchazón abdominal, los dolores musculares, además de los cambios en el deseo sexual. (Bastías y Sanhueza, 2004).

En contraste con los hallazgos de Martínez *et al.* (2008), se observa que una de las principales actividades de autocuidado en las mujeres chilenas fue lo que las autoras llamaron "actividades de promoción del bienestar" donde se destacó la búsqueda de apoyo, información y consejo de otros/as para comprender mejor la etapa que están viviendo (*Ibíd.*, 2004).

Mientras que en el trabajo de Martínez *et al.*, se menciona que el cuidado de los otros/as se prioriza, en este análisis se revela la búsqueda de información sobre la menopausia por parte de las mujeres, aunque no se señala específicamente en dónde o con quién se obtiene dicha información. Una característica a destacar es que el trabajo de

Bastías y Sanhueza, analizó particularmente la etapa de la perimenopausia, esto es importante porque sugiere que las acciones realizadas con respecto al cuidado de la salud podrían ser distintas de acuerdo al periodo etario y/o la fase del proceso climatérico en la que se encuentre cada mujer.

1.3.2. La vivencia de la menopausia en contextos diferenciales

En seguida expondré algunas investigaciones realizadas con mujeres mexicanas de distintos contextos socioculturales dentro de México, para de esta manera evidenciar los diferentes significados y conductas terapéuticas sobre la menopausia.

Para el caso de la ciudad de México, Gabriela González en el trabajo *Menopausia: Coexistencia de discursos sociales y experiencias de mujeres en la ciudad de México*, nos muestra una aproximación distinta a la medicalización de la menopausia siendo su cuestionamiento principal la forma en la que las mujeres experimentan y significan su cuerpo durante esta etapa así como la manera en que dichos significados se relacionan con los estereotipos establecidos por la sociedad mexicana para la vivencia de la menopausia; esto lo hace desde la visión de un grupo de mujeres urbanas de entre 48 y 55 años de edad amas de casa, feministas y lesbianas.

Uno de los principales aportes de esta investigación, es que el significado de la menopausia deriva del valor subjetivo, el grado de autonomía, el desarrollo y la autoestima que las mujeres hayan conseguido construir a lo largo de su historia personal, ya que se mostró que durante esta etapa existen una serie de dificultades emocionales que no dependen de los cambios biológicos, sino de las nuevas circunstancias que se presentan en este momento de vida. Asimismo, se mencionó la ausencia de espacios específicos para que las mujeres puedan abordar sus dudas con respecto a la menopausia (González, 2008).

Esta investigación me parece interesante ya que muestra un acercamiento a la menopausia desde la óptica de las mujeres en un contexto urbano como es el de la ciudad de México, considerando los testimonios de un grupo diferencial de mujeres, donde gracias a los aportes de la teoría feminista de la diferencia sexual y el orden simbólico, se esboza la propuesta de revertir los mandatos socioculturales que circunscriben a la menopausia como un suceso negativo rodeado de discursos e imágenes peyorativas.

En un contexto no tan urbanizado como la Ciudad de México, se realiza la investigación *"Tu incapacidad de ser mujer..."La menopausia y su representación*²⁰ donde Blanca Pelcastre (2005) explora en mujeres habitantes del estado de Morelos, los síntomas que ellas reconocen como propios de la menopausia, el tipo de conocimiento que se tiene sobre este proceso y los aspectos relacionados con la vida personal en el ámbito familiar y de pareja.

Se menciona que existen mujeres que no realizan ninguna acción ante la presencia de algún síntoma -los más mencionados fueron el cansancio y dolores- ya que consideran que este proceso es natural. El uso de remedios caseros no fue una opción a la que se recurriera con frecuencia, ya que la consulta al médico, por cuestiones asociadas al climaterio o por otro tipo de causas, se registró como la principal acción.

Pelcastre *et al.*, evidenciaron el proceso de medicalización de la menopausia al expresar que "el discurso médico al integrarse en la representación de la menopausia, actúa en dos sentidos, hacer que las mujeres usen los servicios de salud por este motivo y, a su vez, su uso refuerza la representación que se tiene de ellas" (Pelcastre, *et al.*, 2001, 413) con respecto a considerarlas como "enfermas".

²⁰ Pelcastre, *et al.*, elaboran una versión más corta de este artículo llamada *Menopausia: representaciones sociales y prácticas* (2001) donde los resultados del artículo se dirigen a las acciones que las mujeres emplean para enfrentar la menopausia.

Si bien es cierto que el discurso médico produce un doble efecto que continua medicalizando a la menopausia, considero que el uso de servicios médicos desde la experiencia subjetiva de las propias mujeres no forzosamente derivaría en considerar a la menopausia como una enfermedad. En este sentido, tendría que examinarse con mayor profundidad la relación que sostienen las mujeres con los prestadores/as de servicios médicos en cuanto a la información, atención y opciones que reciben para tratar los malestares durante esta etapa, además de conocer qué es lo que determina en última instancia sus decisiones respecto a la terapéutica a seguir.

Coincido con Pelcastre *et al.*, cuando menciona que el sector médico tiene una influencia importante en la desmitificación y en la conformación de nuevas ideas que no subordinen la identidad femenina (Pelcastre, *et al.*, 2001), ya que la institución médica “no sólo se encarga de transmitir conocimientos, se encarga también de producir un imaginario social; mediante éste se establece la circulación de los valores, símbolos, mitos que instituyen un sentido organizador de la sociedad dentro de un campo histórico-social determinado” (Gil, 2004, 91).

Un aspecto interesante a resaltar de este artículo es la información que se obtuvo del contacto entre mujeres para compartir experiencias sobre la menopausia y qué esperar de ella; se habla de familiares, vecinas y amigas, pero no de sus madres, ya que las mujeres que participaron en este estudio refirieron que ellas nunca les hablaron de la menopausia. Otro tipo de fuentes de información fueron la radio, las revistas y la televisión; aquellas con un nivel de estudios más avanzado, mencionaron cursos y conferencias (Pelcastre, 2005).

Hay que destacar que, a pesar de que en el artículo se mencionan las relaciones entre mujeres para compartir información, no se especifica qué tipo de información exactamente se comparte, si va dirigida al significado de la menopausia o al posible

tratamiento de malestares, como por ejemplo los motivos y experiencia sobre el uso o rechazo de la TRH u otro tipo de alternativas como se indaga en esta investigación, ya que como revisamos anteriormente, existen varias opciones para el tratamiento de las manifestaciones físicas y/ psicológicas referidas a la menopausia que no implican necesariamente el uso de algún remedio casero.

En contraste a los trabajos anteriores, en un espacio rural se inserta el trabajo de Luz Marla García Pérez, titulado *Vivencias y percepciones de mujeres zapotecas en torno a la menopausia* (2003). Realizado en la región de San Pablo Macuilianguis en Oaxaca con mujeres de entre 42 a 86 años, con el fin de abarcar todo el período climatérico, se buscó explorar las concepciones de la menopausia a partir de los conocimientos, creencias y prácticas.

Con relación a los síntomas que las mujeres de esta comunidad manifestaron, la autora identifica cuatro discursos a partir del análisis de las entrevistas: "no sintieron nada; dicen no sentir nada, sin embargo reconocen la manifestación de los síntomas; sí manifestaron síntomas, pero ellas no los reconocen como consecuencias del cese de la menstruación; y finalmente, sí manifestaron síntomas y reconocen que es por la menopausia" (García, 2003,78). En general se plantea que las mujeres reconocen que los malestares sólo ocurren en un período corto, por lo que no se considera a la menopausia como una enfermedad y por lo mismo tampoco se necesita acudir a un médico.

Menciona que todas las mujeres sabían que la menopausia llegaría cuando tuvieran entre 40 y 55 años, siendo sus principales fuentes de información alguna mujer mayor de la familia, como hermanas o tías, pero casi nunca su madre, y también la partera, con quien acuden debido a irregularidades del período menstrual, las cuales son interpretadas

como un desequilibrio de lo frío y caliente a consecuencia de un mal parto, por lo que se les receta un té de hojas de nogal para cerrar el cuerpo y reducir los sangrados irregulares.

La autora desarrolla su investigación dentro de una comunidad rural al parecer alejada de las instituciones de salud de segundo y tercer nivel, es decir, no se sostiene una relación muy estrecha con el sistema médico más especializado, al menos con relación a las posibles manifestaciones de la menopausia, ya que es un evento que es visto como algo natural. Las mujeres, sin embargo acuden a otros/as curadores de la comunidad como la partera, para obtener información y consejos basados en su propio sistema de creencias.

Los trabajos presentados nos introducen a la experiencia de la menopausia en espacios diferenciales, mostrando que el significado de este proceso, así como las acciones y prácticas ejercidas, deriva de cada contexto sociocultural, como lo vimos en la investigación de García Pérez, donde se mostró una mayor utilización de prácticas terapéuticas tradicionales.

En seguida abordaré las *terapias alternativas y/o complementarias* desde la perspectiva de las propias mujeres. Hay que decir que en la mayoría de las ocasiones la medicina alternativa es en realidad complemento de los tratamientos biomédicos o bien, es usada cuando éstos fracasan. Es importante subrayar, que el concepto de medicina alternativa en Occidente no es unívoco y abarca una gran variedad de posibilidades y terapias, como la acupuntura, la herbolaria, la quiropráctica, por sólo citar algunas. Estas terapias se complementan pero no forman un todo cohesionado, ya que sus principios operativos, surgimiento y recursos terapéuticos son distintos, incluso entre cada país (Saks, 2002).

1.3.3 Utilización de Tratamientos Alternativos y/o Complementarios a la Biomedicina durante la Menopausia.

La utilización de remedios caseros, diversas plantas, la acupuntura, la homeopatía y la aromaterapia, son sólo algunas de las alternativas que de acuerdo con ciertos planteamientos feministas (Flores, 1994 y Gómez, 1994) pueden evitar la utilización de tratamientos hormonales durante el climaterio y la menopausia.

Aunado a dichas prácticas para aliviar los malestares de estas condiciones se encuentran la relajación a través de métodos como la meditación, las oraciones, los ejercicios de respiración, el yoga y los baños tibios, además del ejercicio regular combinado con una dieta equilibrada. Es importante recordar que se hizo referencia a todas estas opciones cuando en un apartado anterior se presentó el saber y práctica biomédica, los cuales igualmente recomiendan el empleo de estas mismas acciones bajo ciertas precauciones ya que, de acuerdo a este enfoque, no se ha comprobado su efectividad en la disminución de todos los síntomas asociados a la menopausia y el climaterio.

Sara Gollschewski *et al.* (2008) en *Women's perceptions and beliefs about the use of complementary and alternative medicines during menopause*, identifica y describe los factores que tienen mayor influencia en la decisión de utilizar o no medicinas complementarias y/o alternativas²¹ en quince mujeres australianas de entre 47 y 67 años que ya eran usuarias. Dos fueron los motivos principales que se encontraron para la utilización de estas terapias: tratar síntomas como los bochornos, y el cuidado de la salud a largo plazo.

Las mujeres reportaron la utilización de múltiples medicinas complementarias y alternativas para la menopausia como suplementos sin prescripción, hierbas, actividades

²¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las medicinas complementarias o alternativas como un conjunto de distintas medicaciones, terapias, técnicas y ejercicios que incorporan una diversidad de enfoques y filosofías (Gollschewski, 2008)

físicas, dieta, aromaterapia, y visitas a terapeutas como naturópatas o herbalistas chinos. No obstante, el elevado costo de algunas de estas terapias representa una limitante en su utilización. (Gollschewski *et al.*, 2008).

Algo interesante que se menciona en el artículo es que las mujeres saben que los tratamientos y las terapias presentan resultados distintos en cada persona, por lo que es necesario probar hasta encontrar una que “les ajuste” o sea efectiva. La información sobre las medicinas complementarias y alternativas provino principalmente de los amigos/as, compañeros/as de trabajo, pero también de internet, revistas y libros. Se menciona que algunas mujeres sostienen intercambios de información y comparten sus experiencias con otras mujeres para encontrar respuestas a diversas inquietudes que puedan tener.

Las experiencias con médicos/cas han marcado de manera importante el uso de las medicinas complementarias o alternativas, ya que según Gollschewski (2008), estos profesionales hablan de ellas en términos negativos, o son muy reacios/as a aceptar estos tratamientos, no fomentan el diálogo y participación de las mujeres.

Para complementar, la expresión “productos naturales”, es utilizada por France Légaré *et al.* (2007) en el artículo *Women's decision making about the use of natural health products at menopause: a needs assessment and patient decision aid*, exponen otro tipo de factores que dificultaron la decisión de utilizar este tipo de productos en cuarenta mujeres canadienses de 45 a 64 años: la existencia de múltiples opiniones sobre la efectividad de estos recursos, la presión de la sociedad, la ausencia de una persona que brinde apoyo para la toma de decisiones²², poca evidencia científica, información poco creíble que presenta a los productos como “milagrosos”, falta de tiempo o malestares tan intensos que imposibilitan la búsqueda de atención (Légaré *et al.*, 2007).

²² Las mujeres de esta investigación afirmaron la necesidad de apoyo en sus decisiones a través de sus médicos/cas o de su círculo inmediato de amigas y familia.

1.3.4. Compartiendo Experiencias sobre la Menopausia

Más enfocado en el vínculo de mujeres durante la menopausia, Eve Agee (2000) elabora el trabajo *Menopause and the transmission of women's knowledge: african american and white women's perspectives*, en el que compara los saberes y conductas de mujeres afro americanas y euro americanas. Observa que la transmisión intergeneracional de conocimiento acerca de la menopausia, especialmente de madre a hija, tiene un efecto en las actitudes y alternativas médicas o tecnológicas que son utilizadas, principalmente la TRH.

Las mujeres afro americanas expresaron que sus madres les referían que la menopausia y sus síntomas no obstaculizaban sus vidas, ya que consideraron que existían cosas de mayor prioridad. Algunas mujeres manifestaron no requerir de atención médica puesto que, al ser un evento natural del cuerpo, confiaban en su propio conocimiento y *fortaleza*, aunque esto pudiera implicar que los cambios producidos por la menopausia fueran experimentados con sufrimiento.

Por otro lado, las mujeres euro-americanas señalaron de manera importante la ausencia de conocimiento brindado por sus madres, tías y abuelas, para ayudarles a entender los cambios de la menopausia. No obstante, pocas expresaron que sus madres habían explicado este proceso como *algo sin importancia* o un período en el que *muchas mujeres se vuelven locas* (Agee, 2000).

Dentro del artículo se hace referencia al uso de la Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH)²³ como una de las prácticas terapéuticas adoptadas en ambos grupos de mujeres, siendo las euro americanas quienes utilizaron en mayor proporción este tratamiento. Al

²³ En México, un ejemplo más de la transmisión de conocimientos durante la menopausia y el climaterio, puede verse a través del uso o rechazo de la TRH; Ruiz y Bermejo (2003) en el artículo *Conocimiento de las mujeres menopáusicas respecto a la terapia hormonal sustitutiva*, encuentran que son los familiares y los amigos/os, así como los medios de comunicación en menor porcentaje, las principales fuentes de información sobre los riesgos del empleo de la TRH, pero también sobre el abandono o rechazo a la prescripción. (Ruiz y Bermejo, 2003)

respecto, la autora asocia este hecho a un contacto más directo con los sistemas de salud ante la ausencia de otros conocimientos o modelos de conducta frente a esta etapa por parte de sus madres, como en el caso de las mujeres afro americanas (Agee, 2000).

El trabajo de Agee muestra de forma clara la manera en que distintos grupos de mujeres moldean y se aproximan a la menopausia a partir de la transmisión de saberes desde diversas fuentes, ya que no sólo es a partir de sus madres, sino también de amigas y por supuesto, la información que obtienen de los servicios médicos. Por otro lado, esta investigación sugiere transformaciones en la concepción del cuerpo al contraponer la propia experiencia con la de otras mujeres, en este caso las madres, así como en la forma en que los síntomas son interpretados y por lo tanto, las prácticas que deben o no ser utilizadas.

Una investigación similar a la anterior es *Am I similar to my mother? How women make sense of menopause using family background* de Heather E. Dillaway (2007). La autora estudió un grupo de 61 mujeres de entre 45 y 59 años; 18 mujeres de color (identificadas como afroamericanas, chicanas, asiáticas americanas, multirracial y antillana) y 43 mujeres blancas o euro americanas del área medio oeste de Estados Unidos, todas auto identificadas como menopáusicas.

En este análisis, la historia familiar funge como una variable para contextualizar diferentes realidades, como podría serlo la raza o la clase social, ya que revela la estructura y las relaciones entre distintas generaciones, así como las costumbres y valores familiares en el relato de sucesos como los nacimientos, las enfermedades, las muertes, las experiencias con las instituciones médicas y en este caso, con la menopausia.

La autora retoma los aportes teóricos de Nancy Chodorow en *The reproduction of mothering* (1978) para referir que durante el curso de la vida las mujeres aprenden a ver

sus propias experiencias a través de la de sus madres, especialmente las actividades reproductivas, por lo que durante la menopausia ocurre lo mismo.

Los resultados de esta investigación se dividieron en dos grupos, *I am similar to my mother* y *I am different from my mother*, para diferenciar el contacto que las mujeres refirieron tener con las experiencias de sus madres durante la menopausia.

En el grupo *I am similar to my mother*, formado por mujeres blancas y de clase media, se encontró una mayor conexión con la experiencia de sus madres a través del consumo de la TRH, a partir de los aspectos fisiológicos derivados de la menopausia y los resultados que éste tratamiento trajo, elementos que marcaron diferencias y similitudes entre madres e hijas. Debe señalarse que las mujeres consideraron las dificultades médicas que tuvieron sus madres, principalmente el cáncer de mama, para basar sus decisiones sobre el tratamiento hormonal, ya que las hijas manifestaron que podrían tener las mismas trayectorias de salud que sus madres (Dillaway, 2007).

En el grupo *I am different from my mother*, conformado por mujeres blancas y de color, se reportó una experiencia diferente en cuanto a los tiempos de aparición de la menopausia y la baja intensidad o ausencia de malestares. Asimismo, algunas mujeres expresaron que no tuvieron la oportunidad de conocer cuál sería el proceso normal de la menopausia en sus madres debido a que se les practicó una histerectomía. Por otro lado, algunas manifestaron el deseo de distanciarse de la experiencia de sus madres en esta etapa debido a actitudes que consideraron como negativas, por ejemplo, una mujer señaló que la menopausia era usada por su madre como una excusa para quejarse en todo momento (Dillaway, 2007).

El principal aporte de este artículo ha sido evidenciar la importancia de los cambios generacionales en la construcción y vivencia de la menopausia, hecho que puede

explicarse a partir de una mayor apertura para hablar sobre este tema, así como del contacto con los medios informativos que permiten conocer diversos significados y opciones para tratar los malestares, elementos que han propiciado la formación de diferentes perspectivas y aproximaciones.

El primer capítulo de esta investigación, presentó una revisión teórica que buscó dar cuenta de los diferentes enfoques que coexisten alrededor de la menopausia y el climaterio, específicamente aquellos dirigidos a tratar los síntomas, padecimientos o malestares asociados a ella. Ya sea desde las ciencias biomédicas o sociales, es posible observar la relevancia que tiene la interpretación que cada mujer otorgue a este proceso, así como la edad, y evidentemente el contexto sociocultural y económico en el cual se inserta, por lo que cada uno de los trabajos presentados introdujo a una realidad distinta en la que se enmarca la menopausia y se expresa un particular proceso de medicalización.

De igual manera, pudo verse que existe un amplio espectro de saberes y prácticas terapéuticas, mostrando que dentro del sector biomédico existen una serie de recomendaciones que van más allá de la utilización de la TRH, como los ejercicios de relajación, el control del peso, suspender el consumo de tabaco o la utilización de lubricantes vaginales, como opciones terapéuticas para cuidar la salud a largo plazo. Asimismo se mostró la utilización de terapias o medicinas complementarias y/o alternativas, de las cuales igualmente se habla en la literatura biomédica, pero no desde la experiencia de las mujeres como lo hacen los trabajos de corte social que he presentado, donde se mostró que optar por ellas igualmente puede ser un proceso difícil si se considera el dinero invertido, la cantidad de información que existe y la poca validación que tienen desde algunos prestadores/ras de servicios médicos.

Algo fundamental en esta revisión teórica, es que todos estos trabajos hablan –en mayor o menor medida– de las relaciones existentes entre mujeres para compartir diferentes experiencias acerca de la menopausia, hecho que muestra que este evento no se vive en privado, sino que participan en él médicos/cas, compañeros/as de trabajo, amigos/as y diversos familiares, como la madre. Al respecto, es interesante notar que en los trabajos realizados con mujeres mexicanas la madre no funge como una figura importante en el intercambio y/o aprendizaje sobre el proceso de menopausia, de allí que este trabajo busque profundizar el análisis de los saberes y prácticas que se transmiten entre mujeres y otros agentes, así como de otros medios informativos. Sobre esto, hay que señalar la influencia de los medios de comunicación, ya que desde sus espacios se ha podido crear un puente que permita escuchar y compartir más información sobre este y otros acontecimientos alrededor de la etapa adulta media de las mujeres, abriendo con ello las posibilidades interpretativas que cada una pueda tener frente al proceso que experimenta.

Finalmente, es importante destacar que sólo uno de estos trabajos se realizó con mujeres del Distrito Federal, siendo éste el marco de la presente investigación. Por ello, considero importante tomar como punto de partida los resultados obtenidos en dichas investigaciones, para conocer la situación de diferentes mujeres en cuanto la experiencia de la menopausia en un contexto urbano como el del Distrito Federal y conseguir responder a las interrogantes planteadas: ¿de qué manera las mujeres transmiten y/o adquieren los distintos saberes y prácticas que han conformado sobre la menopausia y el climaterio a lo largo de sus vidas? ¿En qué medida el llamado proceso de medicalización se encuentra presente en dichos saberes y prácticas?

CAPÍTULO 2: APROXIMACIÓN TEÓRICO-ANALÍTICA

Esta investigación parte de considerar que los saberes y prácticas alrededor de la menopausia y el climaterio no sólo se construyen y transmiten exclusivamente a través de los profesionales que utilizan el saber biomédico, sino que se enmarcan en un proceso dinámico construido a partir de elementos y relaciones de intercambio que consideran asimismo a agentes sociales, como pueden ser otras mujeres que igualmente están o han a travesado por la experiencia de la menopausia.

En ese sentido, considero que desde la antropología médica surgen elementos teóricos que permiten entender el proceso-salud-enfermedad-atención (PSEA) como un hecho dinámico en el cual las/los sujetos podrían adquirir una función activa, ya que desde el surgimiento de esta disciplina "no sólo se buscó entender a la población como generadora de significados y sentidos culturales sobre la enfermedad, sino como instancia de resolución de sus propios problemas de salud" (Osorio, 2001, 22).

Esto ha sido posible visualizarlo partiendo de una de las principales críticas que esta disciplina ha desarrollado, es decir, aquella que señala el carácter hegemónico del modelo médico basado en la llamada biomedicina, evidenciando a su vez las diversas formas de significación y atención que para la salud y la enfermedad existen. He decidido recurrir a la antropología médica ya que pretendo mostrar los significados de la menopausia y el climaterio en el contexto específico del proceso de medicalización de esta etapa de la vida, así como las relaciones que se tejen entre los saberes de las mujeres y los sistemas médicos, considerándolos en constante interacción.

La menopausia y la atención a la misma fundamentalmente se describen a partir de los cambios fisiológicos que experimentan las mujeres, de allí que el enfoque de mi investigación reconozca la interacción entre biología y cultura, una de las premisas

fundamentales de la Antropología Física -disciplina de donde proviene mi formación académica- la cual señala que la cultura modifica la estructura biológica de las poblaciones humanas, pero a su vez, la biología puede modificar las formas de relación social entre los seres humanos (Vera, 2002).

No considero que la menopausia y el climaterio deban ser tratados como enfermedades. No obstante, es indudable que ambos procesos se asocian a modificaciones fisiológicas y hormonales que se traducen en vivencias múltiples para cada mujer, que desde el ámbito biomédico, se definen y tratan como patológicas, medicalizándolas. Asimismo, considero que, cuando desde una visión opuesta se les describe exclusivamente como procesos naturales, no se hace visible la complejidad de dichos procesos, ya "lo natural" no es neutro e igualmente es interpretado desde cierta posición ideológica y sociocultural.

Debido a esto concibo a la menopausia y el climaterio como experiencias bio-psico-sociales atravesadas por el género. Estas experiencias parten del cuerpo entendido no sólo como un ente físico, sino y principalmente como un lenguaje²⁴, una experiencia corporal que da cabida a las diversas acciones, significados y arreglos que se construyen sobre un mismo hecho, cada uno de ellos enmarcado en un contexto y tiempo histórico específico.

2.1. Menopausia: Cuerpo, Género y Experiencia.

Como señalé mi aproximación al tema de la menopausia y el climaterio parte de considerar al cuerpo, no sólo en su cualidad anatómica y/o fisiológica, sino como un eje de conocimiento, o de acuerdo a Paul Ricoeur, como el punto de partida a toda reflexión. La autoridad del discurso biomédico y las exigencias socioculturales sobre el cuerpo sexuado de las mujeres, explica la construcción de la menopausia como una patología, al igual que

²⁴ El cuerpo es un "lenguaje que devela la vida misma, en él se inscribe y escribe la experiencia, es un texto que permite la interpretación, en él se encuentra la significación y el sentido" (Barragán, 2005. 38)

la visión negativa sobre otros acontecimientos de la mediana edad o incluso el proceso de envejecimiento. Es por ello que “las representaciones del cuerpo de las mujeres, en tanto, cuerpo sexuado y naturalizado sobre el que se construye una *verdad*, es referente obligado para comprender el hilo conductor de los atributos morales y funciones sociales que norman el comportamiento y las posibilidades de desarrollo para las mujeres en cualquier sociedad” (López, 1998:17).

Susan Bordo establece que “las más poderosas revaloraciones del cuerpo femenino han mirado no hacia la naturaleza o la biología, sino hacia el cuerpo culturalmente inscrito e históricamente ubicado (o hacia prácticas históricamente desarrolladas) en busca de imaginaciones de alteridad, más que “la verdad” acerca del cuerpo femenino” (Bordo, 2001, 78). En este sentido, la teoría social feminista se ha encargado de cuestionar desde diferentes posturas los imperativos sociales que recaen sobre el cuerpo de las mujeres, a partir de una fuerte crítica hacia la noción de cuerpo biológicamente determinado y ahistórico, señalando primeramente que la biología no es destino, para después sugerir que ésta puede y debe ser repensada.

La categoría *género*²⁵ ha servido para profundizar la reflexión de cómo es los cuerpos a partir de la diferencia sexual, son contruidos e interpretados a la luz de la cultura, asignándoles una serie de comportamientos y atributos que se describen como femeninos o masculinos²⁶. Al respecto, Teresa De Lauretis señala que el género “no es un simple derivado del sexo anatómico o biológico, sino una construcción sociocultural, una representación, o mejor aún, el efecto del cruce de las representaciones discursivas y

²⁵ Es en la segunda ola del feminismo cuando se comprende que el uso del concepto de sexo resultaba problemático, ya que aceptaba implícitamente que las diferencias entre hombres y mujeres eran de índole biológica y por lo tanto podrían verse como inmutables. Frente a esto, al igual que en los países anglófonos, se recurre al uso del término *género*, que desde antes de finalizar los sesenta se utilizaba para diferenciar las formas masculinas y femeninas del lenguaje. En aquel momento no se pretendía que el género sustituyera al sexo, sino que pudieran ser complementarios, ya que sin uno no podría entenderse el significado del otro (Nicholson, 2003)

²⁶ El cuerpo como construcción cultural, fue descrito por Linda Nicholson utilizando la *metáfora del perchero* donde explica que “el cuerpo sería una especie de percha en la que se cuelgan o se superponen los distintos mecanismos culturales, especialmente los relacionados con el comportamiento y la personalidad” (Nicholson, 2003. 50)

visuales que emanan de los diferentes dispositivos institucionales: la familia, la religión, el sistema educativo, los medios de comunicación, la medicina, la legislación; pero también de fuentes menos evidentes, como el lenguaje, el arte, la literatura, el cine y la teoría" (De Lauretis en Preciado, 2008, 83).

En este trabajo la categoría *género* será entendida desde la propuesta de Candace West y Don H. Zimmerman, quienes lo conciben no como una propiedad sino como una interacción social a partir de la noción de *hacer género*, que refiere a un "conjunto de actividades perceptivas, interactivas y micropolíticas socialmente guiadas que conforman actividades particulares como expresiones de la *naturaleza* femenina y la masculina" (West y Zimmerman, 1999, 111). He optado por esta perspectiva ya que facilita un acercamiento a la menopausia y el climaterio dentro de un sistema de relaciones sociales dinámico anclado en normas, estereotipos, prácticas y comportamientos asignados de acuerdo a la significación atribuida al cuerpo sexuado, desde donde se desprenden discursos sociales y culturales que se transmiten y se reproducen. Al respecto, es importante enfatizar la presencia del discurso médico en la construcción de imágenes y guías para comprender el cambio en el cuerpo, ya que la medicina "no inventa nuestros roles sociales, sencillamente los interpreta como el destino biológico de la mujer" (Ettorre en Wilkinson, 1996, 108).

Asimismo, la utilización del género como herramienta teórica y analítica permite desnaturalizar la diferencia sexual al cuestionar el orden social y biológico preestablecido, logrando con ello enriquecer la discusión al develar prácticas simbólicas y mecanismos socioculturales contruidos alrededor del cuerpo y la salud de las mujeres, pero también la creación de nuevos significados y arreglos que den cuenta de las múltiples formas en que pueden experimentarse procesos como los que interesan a este análisis.

Es así como la incorporación de la categoría género en el ámbito de la salud ha evidenciado aspectos como: la diferencial percepción de los síntomas, las prioridades para el otorgamiento de apoyos financieros, las preguntas que se hacen las/los investigadores y clínicos, el diagnóstico de un padecimiento y las decisiones respecto al tratamiento, los riesgos específicos asociados a las actividades o actitudes consideradas femeninas o masculinas, la distinta percepción de necesidades de salud en hombres y mujeres, el diferente grado de acceso y de control sobre los recursos que se necesitan para proteger y preservar la salud en los niveles familiares, comunitarios y del sistema de salud, las causas diferenciales de muerte relacionadas con el género, los antecedentes relacionados con la atención que reciben hombres y mujeres a través del personal de salud y en las instituciones, así como las particularidades en cuanto a los padecimientos y tratamiento de acuerdo a la edad y el contexto socio histórico (Verbrugge, 1985; MacIntyre; Hunt; Sweetling, 1996 en Cardaci, 1999; Langer y Rico, 2003).

Por otro lado, la noción de *experiencia*²⁷ que hasta ahora que venido utilizando, proviene de la antropología simbólica Turneriana, donde se le entiende como el “vivenciar” y “pensar hacia atrás”, pero también “querer o desear hacia delante”, establecer metas y modelos para la experiencia futura (Turner en Geist, 2002, 85). Bajo este esquema, la experiencia a su vez establece un proceso acumulativo de significados que permite hablar no sólo de la experiencia individual sino también de la social, ambas históricamente definidas” (Geist, 2002,153). Desde esta perspectiva teórica, la menopausia puede ser considerada como un evento que desencadena un proceso reflexivo, una vivencia que irrumpe de manera múltiple cuyo lugar de expresión es el cuerpo, sitio desde donde se enuncia y construye la experiencia. En este sentido, retomo la idea que plantea Paul A.Komesaroff *et al.*, al señalar que no se puede hablar de “la menopausia”, sino de

²⁷ Igualmente se considera la definición de experiencia que propone Michel Foucault, la cual se entiende como “la correlación entre dominios de saber, tipos de normatividad y formas de subjetividad en una cultura” (Foucault, 1986, 8).

“experiencias menopáusicas”, ya que este suceso puede ser tanto un momento de disrupción biológica y cambio físico, como una transformación social o una reflexión filosófica (1997).

Debido a que mi interés está centrado en dilucidar la forma en que los saberes y prácticas sobre menopausia y el climaterio son transmitidos y contruidos por las mujeres, considerando también otros actores sociales y medios informativos, es idóneo desarrollar mi aproximación desde los aportes teóricos que ofrece la antropología médica crítica-interpretativa, ya que dicha disciplina busca entender “la manera en que todo el conocimiento relacionado con el cuerpo, la salud y la enfermedad es culturalmente construido, negociado y renegociado en un proceso dinámico a través del tiempo y el espacio” (Lock y Hughes en Denman, 2008,77).

2.2. Antropología Médica como vía de reflexión.

De manera general, se puede decir que desde los años setenta, uno de los objetivos principales de la antropología médica ha sido el estudio de la salud y la enfermedad desde una óptica sociocultural. Estar sano/a o enfermo/a son categorías tanto individuales como sociales, ya que ninguna de ella es percibida de igual manera por todos los individuos, además de que el padecimiento precisa de un reconocimiento social que le otorgue validez. Debido a esto, “en la investigación antropológica, salud y enfermedad deben ser entendidas a partir de las definiciones que cada uno de los sistemas médicos que se analizan otorgan a dichos conceptos, siempre teniendo en cuenta el contexto sociocultural en que los mismos se inscriben” (Campos, 2002, 54) y donde evidentemente actúan y adquieren significado los diversos modelos médicos y sus estrategias terapéuticas.

Eduardo L. Menéndez, desarrolla una teorización sobre los diferentes modelos médicos de atención –Modelo Médico Hegemónico (MMH), Modelo Médico Alternativo

Subordinado (MMAS) y Modelo de Autoatención (AA)- partiendo de las relaciones de hegemonía/subalternidad dentro de los conjuntos sociales²⁸. Expresa que “la práctica y el saber médico no tienen que ver sólo con la curación y con la prevención de los padecimientos, sino con toda una serie de funciones (normar, controlar, legitimar) que pueden adquirir carácter dominante a nivel profesional, del Sector Salud y/o de los conjuntos sociales” (Menéndez, 1990,12). A continuación, detallo los principales rasgos estructurales que el autor describe para cada modelo y realizo una vinculación de dichas características con la menopausia y el climaterio.

2.2.1 Modelo Médico Hegemónico (MMH)

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) se subdivide en los siguientes tres modelos: el individual privado, el médico corporativo público y el médico corporativo privado. Estos modelos comparten los siguientes rasgos estructurales (Menéndez, 1990):

- Biologismo
- Concepción teórica evolucionista/positivista
- Ahistoricidad
- Asocialidad
- Individualismo
- Eficacia pragmática
- La salud/enfermedad como mercancía (en términos directos o indirectos)
- Orientación básicamente curativa
- Concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia
- Práctica curativa basada en la eliminación del síntoma
- Relación médico-paciente asimétrica
- Relación de subordinación social y técnica del paciente
- Concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado
- El paciente como responsable de su enfermedad y como consumidor pasivo
- Exclusión del paciente del saber médico
- Prevención no estructural
- Deslegitimación científica de otras prácticas
- Profesión formalizada

²⁸ Este enfoque y campo teórico Menéndez lo ha ido constituyendo a partir de diferentes orientaciones teóricas, como la teoría crítica de la desviación de Goffman, del interaccionismo simbólico, del marxismo gramsciano y de los planteamientos de De Martino, así como de la escuela británica de historia social y del construccionismo (Menéndez, 1990). Menéndez describe estos modelos médicos como “construcciones teórico-metodológicas con un determinado nivel de abstracción, que posibilitan aprehender desde un enfoque relacional y dinámico, los procesos de producción, funcionamiento y organización de los saberes teóricos- técnicos, ideológicos y socioeconómicos, que establecen los conjuntos sociales, los terapeutus y las instituciones, respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención, en contextos históricamente determinados (Menéndez 1984, 5).

- Identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos
- Tendencia a la medicalización
- Tendencia inductora al consumismo médico
- Predominio de la cantidad sobre la calidad
- Escisión entre teoría y práctica.

Algunos de estos rasgos pueden conectarse de manera inmediata con la aproximación biomédica a la menopausia y el climaterio, su conceptualización y opciones terapéuticas. El biologicismo, rasgo estructural dominante del MMH, es uno de los principales hechos que confiere una mirada parcial sobre ambos procesos, ya que “si bien el saber biomédico, especialmente de algunas de sus especialidades y orientaciones, toma en cuenta los niveles psicológicos y sociales de los padecimientos, la biomedicina en cuanto institución tiene a subordinarlos o excluirlos respecto de la dimensión biológica” (Menéndez, 2004,25). Derivado de dicho biologicismo, encontramos la orientación curativa basada únicamente en la eliminación de los síntomas, lo que podría dar paso a la medicalización y el consumismo médico.

El concepto de *medicalización* es clave en esta investigación, ya que como se describió en los objetivos, una parte del análisis buscó comprender en qué medida los saberes y prácticas que se adquieren y transmiten, reflejan el fenómeno de la medicalización sobre la menopausia y el climaterio. La *medicalización* entonces se describe como el proceso que “implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando precisamente solo eran aconteceres ciudadanos” (Menéndez, 2004,24). Es así como la biomedicina, “medicaliza la realidad, crea un mundo peculiar y traduce conjuntos de problemas a su propia terminología (...) moldea las formas en que se materializa el mundo de la experiencia y acomoda la realidad a nosotros” (Engelhardt, 1995:206).

Esta tendencia a la medicalización es uno de los puntos que, como se revisó en el primer capítulo, fueron utilizados por la crítica feminista para rechazar la utilización de la Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) y por supuesto la conceptualización médica del proceso de menopausia, ya que al tratar a este proceso como una enfermedad, su explicación y atención terapéutica fundamentalmente era situada en marco de la biomedicina, logrando con ello que las concepciones de la medicina científica siguieran expandiéndose (Menéndez, 2004).

Otro de los aspectos que señala el autor, es la asimetría en la relación médico-paciente (RMP), la cual también podemos abordar desde la prescripción de la TRH y la atención al período climatérico en general, ya que como se presentó en el capítulo anterior, algunas de las mujeres que utilizan dicho tratamiento hormonal, no cuentan con una información completa desde las/los prestadores de servicios médicos acerca de los beneficios y riesgos que podría implicar. En el encuentro médico ¿quién elige el tratamiento verdaderamente? En teoría, debería ser el profesional de la salud quien posibilite al paciente la asunción autónoma de su circunstancia, sin paternalismo desde un ejercicio hábil y cualificado (Tomas y Garrido, 2005), sin embargo ¿en cuántos casos esto es así? Sin duda, no en todos, ya que como justamente expone Menéndez, se considera al paciente como portador de un saber equivocado.

2.2.2 Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS)

En él se integran las prácticas que generalmente son reconocidas como “tradicionales”, así como otras prácticas médicas alternativas, tales como la medicina ayurvédica, la acupuntura, la herbolaria, las prácticas espiritistas y otras que desde el MMH han tendido a estigmatizar o por lo menos, a subordinar ideológica e institucionalmente (Menéndez, 1981). Es importante decir que la intención de agrupar una diversidad de prácticas, radica en que son opciones institucionales que el MMH subordina

ideológicamente, pero también, pueden ser teórica y prácticamente apropiadas por dicho modelo, como sucedió con la quiropráctica o la homeopatía (Menéndez, 1990). Sus características estructurales son:

- Concepción globalizadora de los padecimientos
- Tendencia al pragmatismo
- Ahistoricidad
- Asimetría en la relación curador-paciente
- Participación subordinada de los consumidores
- Legitimación comunal y/o grupal de las actividades curativas
- Identificación con una racionalidad técnica y simbólica
- Tendencia a la mercantilización

Como revisamos en el capítulo anterior, la utilización de medicinas tradicionales depende del contexto en el que se enmarca la experiencia de la menopausia, ya que en algunos contextos menos urbanizados éstos son los principales recursos utilizados. De igual forma, las prácticas denominadas alternativas tienen una importante presencia en el mercado para tratar cualquier cantidad de enfermedades y padecimientos, es por ello que dentro de los puntos que señala Menéndez está la mercantilización, factor que dificulta la elección por parte del individuo, así como la desconfianza que el sector biomédico coloca sobre estas terapéuticas, pese a la apropiación de algunas de ellas.

Como señalaré más adelante, los recursos del modelo “alternativo” son usados en forma complementaria y simultánea a la biomedicina, por lo que emplearé en el análisis de los datos la expresión modelo médico “complementario”.

2.2.3. Modelo de Autoatención (AA)

Este modelo se encuentra basado en el diagnóstico, atención y prevención que realiza la propia persona y que puede suponer “autoprescripción y tratamientos de índole diversa como masajes, baños, tisanas, fármacos de patente, dieta, tratamientos de autoayuda tipo AA, etc. centrados en la unidad del microgrupo, generalmente el grupo parental” (Menéndez, 1982,28). El autor menciona que es un modelo estructural a toda la

sociedad dado que implica funciones socioeconómicas, ideológicas y técnicas, constituyendo con esto, el primer nivel real de atención de los conjuntos sociales ante el PSEA. Los rasgos básicos de este modelo son (Menéndez, 1990):

- Eficacia pragmática
- Concepción de la salud como bien de uso y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía
- Estructuración de una participación simétrica y homogenizante
- Consumismo
- Legitimidad grupal y comunal
- Determinación sintomática del padecimiento
- Concepción basada en la experiencia
- Tendencia a la apropiación microgrupal de las prácticas médicas
- Tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos

Es importante decir que *automedicación* no es sinónimo de autoatención, sino que es una parte de ella, al igual que el autocuidado, el cual está más vinculado a un enfoque salubrista sobre la prevención de enfermedades y padecimientos. La automedicación no sólo refiere a la utilización de fármacos, sino también incluye el uso de otras sustancias como infusiones diversas y prácticas como la aplicación de cataplasmas, ventosas y masajes por sólo citar algunas.

A decir de Menéndez, el que la autoatención muchas veces sea confundida con la automedicación parece ser un hecho propiciado desde el mismo saber biomédico, puesto que “ha desarrollado una relación contradictoria y escotomizante respecto del proceso de autoatención, dado que por una parte lo cuestiona en términos de automedicación, mientras por otra impulsa constantemente actividades de autocuidado y de otras formas de autoatención” (Menéndez, 2004, 35).

Esta situación también hemos podido observarla en el capítulo anterior con la revisión de las diversas prácticas que se describen en la literatura biomédica, donde se promueve durante la etapa de la menopausia y el climaterio, el ejercicio y la alimentación balanceada, pero también el uso de tratamientos hormonales y otras formas de atención

médica provenientes de campos “alternativos” al biomédico, como podría serlo la homeopatía, el naturismo y/o herbolaria.

Algunos trabajos que han estado centrados en el proceso de autoatención (Osorio, 2001; Denman, 2008) han podido mostrar que las mujeres dentro de los PSEA no sólo son cuidadoras sino también pueden fungir como terapeutas “formando parte de los recursos de atención a la salud, como agente estratégico de detección, diagnóstico, curación, prevención y rehabilitación” (Osorio, 2001, 31). Este tipo de características, que han sido mayormente vinculadas al cuidado de las/los otros y al período reproductivo, es un motivo importante para conocer la manera en que dichas funciones pueden ser expresadas durante la menopausia y el climaterio.

Por medio de los modelos médicos de atención propuestos por Menéndez, los cuales están pensados desde un enfoque relacional y dinámico, es posible dar cuenta de la articulación de los distintos saberes de tipo sociocultural, técnico, económico, ideológico, con los que los grupos sociales construyen los procesos de salud-enfermedad-atención. Se advierte además que puede existir una relación transaccional que permite que dichos saberes puedan ser modificados, ya que el concepto de *transacciones* refiere a los “procesos de reapropiación y rearticulación generados desde los grupos subalternos” (Menéndez, 1990, 86).

En este trabajo consideraré los tres modelos de atención médica atendiendo a su interacción constante, ya que dichos modelos son puestos en práctica simultáneamente y en su estrecha relación con el modelo médico hegemónico (la biomedicina), siendo posible evidenciar la forma en que las mujeres enmarcaron la menopausia y el climaterio en el ejercicio de prácticas y saberes diversos que buscaron explicar y/o solucionar sus particulares vivencias y/o malestares. En seguida, describiré otras categorías analíticas

que utilice atendiendo al objetivo principal de esta investigación: representación²⁹, práctica, saber, proceso salud-enfermedad-atención y trayectoria de atención.

2. 3. Entramado de Categorías Analíticas

Serge Moscovici desde la psicología social, propone el concepto de *representación social* como un proceso activo donde existe un constante diálogo interno y externo: “la representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales se hace inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación” (Moscovici, 1961, 17). Inscrita en la misma corriente teórica, Denisse Jodelet señala que siempre existe una construcción y reconstrucción en el acto de representar, dando al sujeto social un papel activo en la construcción de la realidad pero siempre en relación con las demás representaciones que circulan en la sociedad (Jodelet en Aranda, 1999), por lo que elementos como la clase social, las diferencias de género o la edad, son variables importantes para la constitución de las representaciones, ya que cada una expresará una forma diferente de acercarse a la realidad³⁰.

Es importante decir que las representaciones también pueden “perpetuar y justificar la diferenciación social, pueden –como los estereotipos- pretender la discriminación o mantener una distancia social entre los grupos” (Abric, 2001,17). En el caso de la menopausia, en algunos contextos socioculturales existe una representación de este proceso como un suceso de pérdida por la importancia social de la capacidad reproductiva

²⁹ A pesar que dentro del objetivo y pregunta central de esta investigación no aparece mencionado el concepto de *representación*, es necesario retomarlo ya que se encuentra estrechamente vinculado con el de práctica.

³⁰ La teoría de las representaciones sociales enfatiza tres aspectos: el carácter productor y no sólo reproductor del conocimiento de vida cotidiano; la naturaleza social de ese conocimiento, generado a partir de la comunicación y la interacción entre individuos, grupos e instituciones; y finalmente, la importancia del lenguaje y de la comunicación en la creación de la realidad así como el marco en el que adquiere sentido” (Etejabarrieta, 1991).

como atributo de feminidad, lo que contribuye a "proyectar un imaginario del cuerpo femenino con los atributos de seco, yermo, roto" (Carreño, en Burin 1987,316), una de las caracterizaciones donde indudablemente se observa la importancia del género en la conformación y reproducción de las representaciones sociales.

Por otra parte, el concepto de representaciones ha sido utilizado en el campo de la salud y la enfermedad, ya que en este ámbito pueden observarse los diferentes significados sobre lo que se considera enfermedad, sus expresiones e ideas de los posibles tratamientos. Al respecto, considero adecuada para esta investigación la definición que propone Rosa María Osorio, en su estudio sobre los saberes maternos y la salud infantil. La autora refiere que las representaciones sociales son un "conjunto de nociones, conocimientos, creencias, actitudes y valoraciones, a través de los cuales se vivencian y aprehenden los padecimientos, se toman decisiones y se ejecutan acciones que conllevan significados particulares que tienen repercusiones concretas y específicas en la salud de los sujetos" (Osorio, 2001,15).

Como sugerí antes, las representaciones sociales pueden verse como inherentes a las prácticas, por lo que al revisar el concepto de representaciones que propone Osorio (2001) se observa una referencia hacia las acciones que las/los individuos emprenden frente a los padecimientos, trazando una relación entre representaciones y prácticas a través de lo que ella denomina como *entender* y *atender* los padecimientos.

Las *prácticas sociales* son definidas entonces como "el conjunto organizado de conductas pautadas culturalmente, rutinarias o eventuales, que adquieren diferentes niveles de complejidad y expresan la acción del sujeto en la realidad, a través de una distribución/asunción de roles, funciones e interacciones con el mundo social" (Osorio, 2001, 15) me parece adecuado optar por esta definición, ya que está pensada desde la

idea de intervención y acción en la atención para la salud. La autora refiere que la base sobre la que se desarrollan las prácticas considera los recursos disponibles al interior y exterior del espacio doméstico, así como la participación de otros actores sociales como familiares, redes sociales y diversos terapeutas (*Ibid.*, 2001).

La noción de *saber* trabajada por Menéndez y Di Pardo, presenta una especie de síntesis entre representación y prácticas, dicho concepto se desarrolla más en tanto *saber médico hegemónico*. Al respecto, señalan que el concepto de saber “supone asumir la existencia de un proceso de síntesis continua que integra aparentes incongruencias entre representaciones y prácticas, entre las representaciones entre sí y en las propias prácticas a partir de que lo sustantivo es el efecto de saber sobre la realidad” (Menéndez y Di Pardo, 1996,58).

En el marco de la atención a la salud, Menéndez apunta que es necesario contemplar que “el saber de todo curador inevitablemente se aplica sobre sujetos y grupos, y es el saber del grupo el que articula las representaciones y prácticas recibidas del saber médico a partir de las representaciones y prácticas que dichos sujetos y grupos manejan” (Menéndez, 1994,73)³¹.

Asimismo, retomo la idea que desarrolla Alicia Fernández, al sugerir la idea de un saber corporal diferente al conocimiento teórico y conceptual que se encuentra en los libros³², por lo que realiza una distinción entre *saber* y *conocer* de la siguiente forma: “Diferencio saber de conocer y aprender. Defino el *aprendizaje* como la capacidad de

³¹ Un ejemplo de esto podemos encontrarlo en lo que Judith Ortega Cano apunta sobre los procesos corporales y sus prácticas de atención: “la menarca, la menstruación, la dismenorrea, como trayectorias naturales serán percibidas a través de las construcciones sociales que las madres y abuelas les transmiten, adquiriendo significados de acuerdo con el grupo al que pertenecen y al mismo tiempo emitiendo significados hacia el grupo en el que se inscriben. Los mitos y las leyendas van siendo suplidas a veces, por nuevos contenidos de pensamiento, que generarán cambios en las formas de relación y hasta el ejercicio de poder” (Ortega, 1999,53).

³² Este saber corporal, es sugerido a partir del caso de Virginia quien “no se contactaba con la contradicción entre su conocimiento y su saber. El conocimiento le informaba dónde se localizan los estómagos, su saber denunciaba qué pasaba con su estómago” (véase Fernández, 1992, 108).

incorporar-transformar-masticar-digerir-metabolizar el *conocimiento* del otro, a través del *saber personal*" (Fernández, 1992, 107)³³.

En este análisis considero dicha noción de saber corporal pero también, el saber entendido como una construcción analítica que da cuenta de las relaciones entre representaciones y prácticas diversas, ya que si bien gran parte del saber sobre la menopausia y el climaterio proviene principalmente del discurso médico hegemónico, este saber ha ido conjugándose con los otros modelos de atención a partir de la experiencia con las distintas instituciones médicas, prácticas terapéuticas, diversos contextos sociales e intercambio de experiencias con otras/os actores sociales³⁴.

Tanto los saberes como las prácticas, se enmarcan dentro de lo que se ha denominado como *proceso salud/enfermedad/ atención* (PSEA), donde la salud³⁵, el enfermar, la atención, y la significación de la muerte deben ser pensados como "procesos que no sólo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente" (Menéndez, 1994). Este proceso se considera estructural a toda la sociedad puesto que la enfermedad, el daño y los padecimientos son hechos cotidianos y recurrentes.

³³ "Saber y conocer son dos conceptos epistémicos a los que subyace alguna suerte de creencia" (Sola en Latorre y Blanco, 2007,148). Creer equivale a aceptar algo como verdadero o existente; vendría a ser *"la actitud de quien reconoce algo por verdadero"* (Quintana en Latorre y Blanco, 2007,148).

³⁴ Patricia Aranda Gallegos (2005) utiliza la noción de *saber lego* para referirse a aquel que se construye desde el punto de vista del actor, "se trata de un nivel de construcción que parte de personas sin información biomédica y que se refiere a lo que hacen y a lo que les significa en un contexto específico" (Aranda, 2005,21).

³⁵ La salud suele ser identificada mediante el concepto de normalidad y en oposición a la enfermedad, sin embargo, "si lo normal en biología se expresa mejor en términos de variación que como un promedio fijo, resulta que no pueden existir límites netos entre salud y enfermedad. considerar a la salud como un estado biológico estático no es real. el concepto salud involucra ideas de balance y adaptación; el de enfermedad desequilibrio o desadaptación. no puede admitirse entonces, que la salud sea la ausencia de enfermedad y viceversa. existe entre ambos una latitud mucho mayor, limitada en un extremo por la variación que llamamos enfermedad y en el otro por la adaptabilidad que llamamos salud" (San Martín, en Martínez Salgado, 1993,20).

Existen tres dimensiones importantes que constituyen el PSEA: la enfermedad (*disease*), el padecimiento (*illness*) y el malestar (*sickness*). Para Arthur Kleinman, *la enfermedad* se refiere a un mal funcionamiento y/o adaptación de los procesos biológicos y/o psicosociales, el cual puede ser reconocido o no de manera sociocultural. Desde esta perspectiva igualmente se señala que la enfermedad no debe ser considerada una entidad en sí misma, ya que también es una construcción sociocultural (Kleinman en Osorio, 2001).

Por otro lado, *el padecimiento* describe la experiencia psicosocial y el significado de la enfermedad, igualmente es una construcción que incluye la atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y valoración directa ante la enfermedad y sus manifestaciones desde la propia persona, pero también su familia y/o entorno social. Cuando las personas *padecen*, experimentan cambios en sus formas habituales de *sentirse bien* y/o de funcionar socialmente (Kleinman en Osorio, 2001; Cardaci y Sánchez Bringas, 2007).

Por último, el *malestar* de acuerdo con Allan Young es descrito como el proceso a través del cual ciertos comportamientos o signos preocupantes, particularmente aquellos originados por alguna enfermedad, se vuelven socialmente reconocidos y significados. Por lo que cada cultura tiene ciertas normas o reglas de traducción de estos signos a síntomas, creando sintomatologías, etiologías e intervenciones. El camino que la persona seguirá se desprende de dicha traducción a resultados socialmente significativos, esto constituirá su enfermedad, por lo que el malestar, es el proceso a partir del cual se socializa la enfermedad y el padecimiento (Young, 1982).

La forma en la que pretendo introducirme al PSEA para abordar los diferentes saberes y prácticas alrededor de la menopausia y el climaterio, es a través de lo que se ha

conceptualizado en antropología médica como *carrera del enfermo*, *carrera curativa* o *trayectoria de atención*. Erwin Goffman, en su obra *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (1972), utiliza el término *carrera* para designar "cualquier tipo de trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida", planteando la carrera moral del enfermo mental. La característica principal de la noción de carrera, es que incluye aspectos individuales de la persona al tiempo que examina las relaciones de tipo institucional, dando un panorama de lo personal y lo público (Goffman, 1972).

Roberto Castro *et al.* (1996) mencionan que la utilidad de esta propuesta radica en que "permite concatenar analíticamente los cambios básicos y comunes que tienen lugar, a lo largo del tiempo, entre los miembros de una categoría social aunque ocurran independientemente unos de otros" por otro lado identifican como otra ventaja la ambivalencia del concepto ya que hace referencia a "aspectos subjetivos (como la noción que los individuos tienen de sí mismos), y a cuestiones estructurales de la sociedad en la que viven dichos individuos" (Castro *et al.*, 1996, 33).

En este trabajo se utilizó la categoría de *trayectoria de atención* entendiéndola como la sucesión encadenada de hechos que buscan hacer frente a una problemática. Al seguir esta trayectoria fue posible visualizar los saberes que las mujeres utilizaron para determinar la causalidad y el autodiagnóstico de las diferentes manifestaciones que expresaron, así como la forma en que las diversas prácticas terapéuticas y estructuras de atención fueron interrelacionándose, en lo que será descrito en el análisis como *trayectoria terapéutica*. Asimismo se mostró la participación de distintos actores sociales en la adquisición y/o transmisión de los saberes y prácticas que fueron empleados por las mujeres, así como la forma en la que reflejaron el proceso de medicalización.

CAPÍTULO 3. LA RUTA METODOLÓGICA

Esta es una investigación de tipo cualitativo que parte del enfoque de la antropología física, donde se considera la interacción de los procesos biológicos y sociales como fundamentales para conocimiento del sujeto. Asimismo, incorpora aportes de la antropología médica, disciplina que ha abordado de manera crítica la complejidad en la que se desarrolla la atención de la salud, la multiplicidad de prácticas médicas en relación con los procesos subjetivos y por su puesto la relación médico-paciente.

A su vez la categoría de género y las propuestas que la teoría feminista han desarrollado sobre el análisis de la salud de las mujeres y en particular, sobre la medicalización de los procesos vitales, le otorgan más especificidad al análisis al considerar en la reflexión las desigualdades que se producen a partir de la producción de discursos, prácticas, imágenes y roles basados fundamentalmente en la diferencia sexual ubicada en el cuerpo. Igualmente, permitió interrelacionar aspectos como el estrato socioeconómico, la preferencia sexual, la posición de la mujer en la estructura de parentesco, la ubicación geográfica, la etnia y por supuesto la generación, para de esta forma ofrecer un acercamiento más integral a la experiencia del grupo mujeres.

Debido a que este es un estudio de tipo exploratorio y no buscó realizar generalizaciones sobre los hallazgos a los que se arribó, seleccioné como población de estudio a un grupo de ocho mujeres. Al respecto, es importante señalar que en una investigación de tipo cualitativo, un “grupo de uno” puede ser tan esclarecedor como una muestra grande (Taylor y Bogdan, 1990) ya que no se valora tanto la cantidad, sino la profundidad que se puede lograr a través de la aplicación de la entrevista en una o varias sesiones.

El acercamiento metodológico privilegió el uso de la *entrevista en profundidad*, la cual consiste en encuentros repetidos cara a cara entre un investigador/ra y los informantes con

la finalidad de entender las perspectivas de la persona entrevistada sobre su vida, experiencia o situaciones personales tal y como son expresadas a través de sus propias palabras (Taylor y Bogdan, 1990). He optado por esta aproximación metodológica ya que permite rescatar las experiencias vividas al funcionar como un acceso directo a la subjetividad de las/os actores sociales frente a una determinada problemática³⁶.

Cada entrevista fue grabada y transcrita, la interpretación del contenido de las entrevistas se hizo mediante la lectura del texto donde se identificaron categorías y subcategorías cruciales de acuerdo a los objetivos de esta investigación. El análisis de los datos se realizó partiendo de considerar que lo que la gente hace y dice es producto del modo en que se define en el mundo, de esta forma las vivencias cobran significado para ellas (Taylor y Bodgan, 1992). Al respecto, es importante destacar que "el significado real de cualquier relación dada, en consecuencia, no es inherente a los datos que forman la relación, sino que es necesariamente asignado o imputado por el investigador" (Ratcliffe y González Del Valle, 2002, 99). En este sentido, el análisis a su vez estuvo delineado por la premisa de que todo comprender es interpretar y toda interpretación se desarrolla en el medio de un lenguaje que pretende dejar hablar al objeto y es al mismo tiempo el lenguaje propio de su interprete (Gadamer, 1990).

Cada una de estas aproximaciones metodológicas fue utilizada considerando las reflexiones que desde la teoría feminista se han desarrollado con respecto al lugar del investigador, la intencionalidad y motivación frente al problema de estudio, ya que si bien desde las diferentes ciencias sociales se ha planteado el tema de la otredad, desde el feminismo se ha analizado de manera muy fina la forma en la que pretendemos descifrar al otro/a, además del ejercicio de poder que pudiera implicarse al momento de interpretar y

³⁶ Al respecto, Clifford Geertz señala que el investigador sólo tiene acceso a aquellos elementos del fenómeno a los que el informante es capaz de introducirlo, no obstante menciona que no es necesario conocerlo todo para entender algo (Geertz en Martínez Salgado, 1993, 36).

plasmar lo dicho por los sujetos, quienes en distintas aproximaciones metodológicas han sido cosificados con la finalidad de atribuir al análisis una falsa objetividad³⁷

De ahí que sea importante reconocer que la aproximación teórica y metodológica implica una decisión subjetiva de cada investigador, por lo que de acuerdo con Ratcliffe y González Del Valle, el rigor científico de la investigación social surge al considerar que son “puntos de decisión interconectados e interactuantes, los cuales reclaman, uno a uno, una elección subjetiva, valorativa del investigador (...) el rigor no son técnicas, sino morales, políticas e ideológico-valorativas, subyacentes a las elecciones de quienes controlan el proceso de investigación” (Ratcliff y González Del Valle, 2000, 100).

A continuación, hago un relato sobre el proceso de construcción de la guía de entrevista y las decisiones metodológicas que consideré para definir los criterios de selección y el proceso de búsqueda de las mujeres que participaron en esta investigación.

3.1 Construcción de la Guía de Entrevista

Buscando siempre responder a los objetivos de la investigación, en un principio más que una guía temática realicé un cuestionario muy general en donde enlisté preguntas que perseguían diversos intereses, pero principalmente, puse mucha atención en indagar sobre la relación que las mujeres habían sostenido con otras mujeres y los saberes que había aportado la madre para comprender el proceso climatérico, siendo éste uno de mis presupuestos principales, que este último actor social era decisivo en lo que me hallaba investigando.

El primer contacto para la aplicación piloto de dicho instrumento lo obtuve por medio de una amiga muy cercana, ella me llevó a María Inés con quien realicé la primera entrevista piloto, esto fue el 16 de Octubre del 2009.

³⁷ Al respecto Sandra Harding sugeriría que evidenciar la subjetividad en la investigación, justamente confiere objetividad (Harding, 2002).

María Inés de 58 años, separada, vive con una hija de 27 años y un hijo de 30 que tiene una discapacidad, sus ingresos económicos provienen de una herencia familiar y algunas veces lo que aporta su ex pareja. Me recibió en su casa y por cerca de dos horas estuvimos charlando sobre la menopausia. Me contaba que su círculo social era pequeño debido a que sus labores en casa así como el cuidado de su hijo, no le permitían salir y conocer más gente, por lo que su única actividad fuera de casa era asistir al gimnasio.

Gracias a María Inés descubrí aspectos muy interesantes que me llevaron a considerar que no podía focalizarme únicamente en la influencia de la madre u otras mujeres, porque en su caso ese contacto había sido poco relevante, siendo la televisión y el radio los principales medios a través de los que había escuchado sobre la menopausia, además del subsistema de salud público. En este encuentro tuve que improvisar algunas preguntas ya que mi listado se vio rebasado por una situación que no había previsto, otra de las cuestiones que se presentaron fue la imprecisión de algunos datos que ella no recordaba. Lo que sucedió con María Inés me llevó a reorganizar la guía de entrevista, incluir nuevos temas y abrir mi enfoque más allá de la influencia de las mujeres y la madre, considerando entonces a otros agentes y medios.

La guía de entrevista con la que finalmente trabajé, en su primer apartado buscó obtener datos sociodemográficos y de salud generales como la edad, ocupación principal, escolaridad, estado civil, número de hijos/as, edad de los hijos/as, edad de la primera menstruación, edad de la última menstruación, las personas con las que vivía y si tenía seguro médico. Posteriormente dividí la guía en temas y subtemas donde se busca el significado de la menopausia, los cambios físicos asociados, descripción de dichos cambios, utilización de prácticas terapéuticas, acceso y costo, agentes y medios que participaron en el saber sobre la menopausia, entre otros tópicos.

Es importante decir que la estructura de la guía fue enriqueciéndose en la medida en que las entrevistadas lo hacían necesario, por lo que se incluían aspectos más específicos de acuerdo a la historia de vida de cada mujer. Mi intención fue darles igual atención o importancia a todos los conocimientos o prácticas que se exponían. No busque sugerir o distinguir qué era adecuado desde mi punto de vista, sino mostrar la variedad de saberes y prácticas que existen dentro del cuidado y atención a la salud durante la menopausia y el climaterio. No obstante, en la guía se le dio un peso importante al conocimiento y uso de los tratamientos hormonales ya que son los que mayormente se han relacionado a la medicalización del proceso climatérico.

GUÍA DE ENTREVISTA SABERES Y PRÁCTICAS / MENOPAUSIA Y CLIMATERIO

1. Edad
2. Estado civil
3. Escolaridad
4. Ocupación principal/secundaria
5. Edad 1ª. Menstruación
6. Edad último período menstrual
7. No. hijos/as
8. ¿Con quién vive?
9. ¿Tiene seguro médico?

1. Descripción y significado de la menopausia y el climaterio

- Ideas y estereotipos sobre la menopausia.
- Evaluación y comparación del propio proceso de menopausia con el de otras mujeres
- Reflexión sobre la mediana edad y proyectos a futuro.

2. Manifestaciones físicas y psicológicas:

- Descripción
- Etiología
- Autodiagnóstico
- Cambios y/o dificultades en las relaciones sociales, con los hijos/as, la pareja, y las actividades cotidianas.

3. Agentes y medios que participaron en la adquisición y/o transmisión de ese saber:

- Familiares, amigas/os, pareja, hijos/as.
- Médicos/cas
- Medios informativos (televisión, radio, Internet, literatura).

4. Prácticas terapéuticas para atender manifestaciones físicas y psicológicas (Se incluye la automedicación y aquellas que provienen del modelo biomédico y medicinas complementarias):

- Motivo de búsqueda de información o consulta a curadores/as
- Etiología
- Diagnóstico
- Medio o persona a través del cual decidió adherirse dicha terapéutica
- Relación Médico/ca-Paciente a nivel de consulta.
- Prácticas recomendadas y/o medicamentos prescritos
- Eficacia
- Experiencia sobre la utilización
- Costo.

5. Tratamientos Hormonales

- Terapia de Reemplazo Hormonal
 - A). Beneficio de las hormonas
 - B). Información sobre ventajas y desventajas del tratamiento
 - C). Motivos personales para adoptarla o rechazar su uso.
 - D). Conocimiento de experiencias relacionadas este tratamiento.
- Acceso y costo
- Eficacia
- Experiencia sobre la utilización

3.2. Criterios de Inclusión y Exclusión del Grupo de Estudio

Después del aprendizaje obtenido a partir de la realización de la entrevista piloto a María Inés y de mucho pensar cuáles serían las características que buscaba en el grupo con el que trabajaría, definí los siguientes los criterios de inclusión y exclusión:

1. Mujeres de 45 a 55 años de edad. Este corte fue hecho buscando que los cambios físicos estuvieran experimentándose recientemente o no hubiese pasado mucho tiempo de ellos con el objetivo de conocer las sensaciones, la interpretación de estos cambios, además de las estrategias terapéuticas o la ausencia de ellas, pero también los diferentes agentes y medios que intervinieron en este proceso.

Como he descrito en el primer capítulo de este estudio, principalmente desde las ciencias biomédicas, la menopausia inicia a partir de la ausencia de período menstrual, hecho que ha sido enmarcado para su mejor comprensión en un proceso más amplio llamado *climaterio*, el cual se ha dividido en tres períodos premenopausia, menopausia y post menopausia. Aunque no existe una edad exacta en la que se presente la menopausia, se dice que para el caso de México el promedio de edad es de 48 años. De acuerdo a lo anterior, establecí el rango de 45 a 55 años ya que incluía a mujeres en etapa premenopáusica donde se presentan mayormente los cambios a estudiar, pero también a mujeres post menopáusicas si han pasado 12 meses de su última menstruación.

2. No histerectomizadas. La histerectomía es una intervención quirúrgica en donde principalmente se extirpa el útero, pero también pueden retirarse las tubas uterinas o trompas de Falopio, los ovarios y/o el cuello uterino. Esta operación puede provocar una menopausia temprana si es que se extirpan ambos ovarios, motivo por el que establecí como un criterio de exclusión a todas aquellas mujeres que hubiesen experimentado este

procedimiento, ya que buscaba que la menopausia no se hubiera presentado bajo tales circunstancias.

3. Estado Civil. En algún momento consideré únicamente trabajar con mujeres que tuvieran una pareja, aunque no necesariamente que estuvieran casadas, esto con la finalidad de saber cuáles habían sido las ventajas o dificultades que habían encontrado en el plano de lo sexual, después decidí dejar este criterio abierto ya que consideré que sería más interesante plasmar la diversidad de situaciones y relaciones que las mujeres tienen a esta edad, ya que muchas han vuelto a casarse, otras son viudas, otras son solteras, unas más están en proceso de separación o son divorciadas; circunstancias que impactan en sus planes a futuro o proyectos de vida.

4. Estrato socioeconómico medio. Este criterio se relaciona con la posibilidad económica de acceder y considerar diversas opciones terapéuticas, que no sólo fueran el servicio médico público, sino también el privado y el uso de recursos como las medicinas alternativas y/o complementarias.

5. Mujeres que realizaran o hayan realizado algún trabajo remunerado. Este criterio permitirla distinguir entre las diferentes redes sociales e información a la que tienen acceso las mujeres de acuerdo a los espacios en los que se desarrollan laboralmente, pero también desde la unidad doméstica, ya que aunque si bien la mayoría realiza un trabajo remunerado, otras permanecen más tiempo en el hogar. Asimismo este criterio evidenciaría la posibilidad de independencia de sus parejas, ya que a través de disponer de un ingreso propio existiría una posibilidad mayor de sustentar pagos como la atención médica privada, la compra de medicamentos, la realización actividades extra-hogareñas como educativas o recreativas, entre otras. Procuré asimismo buscar mujeres con trabajo remunerado dentro de diferentes espacios y profesiones.

6. Habitantes de la Ciudad de México. Elegí como escenario de investigación la Ciudad de México primeramente por ser mi lugar de residencia y en ese sentido, tener una mayor accesibilidad y facilidad de desplazamiento. Pero por otro lado, porque para el caso de la Ciudad de México, no existía un número muy amplio de investigaciones de tipo socio-antropológico que abordaran este tema o que estuvieran desarrolladas desde la perspectiva de género, mucho menos desde la antropología médica. Por ello consideré adecuado continuar explorando este contexto. Al ser la ciudad un espacio enorme, nunca tuve el deseo de abarcarla completamente o de una manera sistemática, por lo que no delimité una colonia o zona en particular.

3.3. Definición de la Aproximación Metodológica

Una vez establecidos los criterios de inclusión y exclusión, me di a la tarea de hacer la prueba piloto de mi instrumento y encontrar a la primera informante. En un inicio pensé acercarme a las mujeres a través de una institución de salud o de alguna donde se propiciara el desarrollo de las mujeres a través de actividades educativas y culturales, por lo que durante un tiempo me dediqué a contactarlas obteniendo respuestas positivas. Sin embargo, después de evaluar las condiciones o compromisos de devolución de la información y de servicios personales a los cuales podría verme sujeta, además del sesgo que derivaría de incluir mujeres que habían obtenido una sensibilización frente al proceso climatérico, decidí buscar mis casos fuera del ámbito institucional, por lo que consideré que la mejor metodología para hacerlo sería aplicar la *técnica de bola de nieve*, por la que a partir de un primer contacto van consiguiéndose los siguientes.

Fue así como intenté que las primeras entrevistadas me llevaran a otras, sin embargo algunas de las que me derivaron no estaban dentro del rango de edad, a otras se les había practicado una histerectomía, unas cuantas más no regresaban mis llamadas o decían no

tener tiempo, factores que hicieron lenta la conformación de mi grupo de estudio. Ante esta dificultad, tuve que continuar apoyándome en mi red social, obteniendo contactos de antiguas compañeras de trabajo, profesoras, tías, madres o las amigas de éstas, por lo que el tipo de muestreo que terminé utilizando es el que se denomina por *conveniencia*, donde la selección se deja principalmente al investigador. Al respecto, debo especificar que nunca entrevisté a alguna mujer que tuviera un parentesco conmigo o fuera muy cercana a mí, hecho que trajo efectos positivos al facilitar el recibimiento y la accesibilidad con las mujeres entrevistadas a partir de haber sido referida por alguien que las conocía, aunque no fuera de manera tan directa.

En el siguiente apartado presento una caracterización de las ocho mujeres que conformaron el universo de estudio de esta investigación; a todas les he asignado otro nombre para mantener su anonimato. Cada entrevista tuvo una duración aproximada entre hora y media y dos horas y fueron realizadas en el periodo de noviembre del 2009 y enero del 2010.

3.4. Relatos de Menopausia y Climaterio: Perfil de las Mujeres Entrevistadas

Yolanda.

Yolanda, tiene 49 años. Vive en un pequeño departamento con su segundo esposo, tuvo cuatro hijos, todos ya casados/as. Actualmente estudia un curso de computación y tiene conocimientos de estilismo, pero se dedica principalmente a las labores del hogar y al cuidado de su padre debido a su delicado estado de salud. Yolanda estudió hasta tercer grado de primaria por lo que comenzó a trabajar desde los 15 años, su último trabajo fue en una estancia para niños desamparados donde vivió durante tres años. Ella continúa teniendo el período menstrual, pero algunos cambios físicos que se le han ido acentuando son los bochornos, el insomnio y la incontinencia urinaria. Yolanda espera su próxima cita médica en el IMSS para que puedan prescribirle algo, mientras consume “tés de hierbitas”

que su esposo le compra en el mercado de Sonora, ya que tiene conocimiento de herbolaria. La depresión es algo que le preocupa, ya que dice sentirse melancólica y muy triste: *a veces digo, ya dándome el sol o viendo a otra gente a lo mejor se me olvida.*

Isabel.

Isabel, es madre de tres hijos, tiene 49 años y durante gran parte de su vida se ha dedicado a jugar volleyball en diferentes clubes deportivos. Su esposo trabaja para una empresa foránea por lo que no pasan mucho tiempo juntos, hecho que la unió más al deporte debido a una "depresión por ausencia de pareja". Isabel se dedica al cuidado de su hogar, viven con ella sus dos hijas y el esposo de una. A partir del mes de mayo, comenzó a notar algunos cambios en su carácter, además de que su período estaba variando y no se presentaba de manera regular como antes lo hacía. Acudió con el médico del IMSS quien le dijo que seguramente ya se encontraba en el climaterio. La primera vez que escuchó hablar sobre eso fue en la televisión y en el deportivo: *una de las compañeras decía que a las doce de la noche era tanto el bochorno que se bañaba con agua fría, y yo me preguntaba ¿yo también tendré que hacer eso? ¿de veras será así tan extremo?*

Regina.

Regina tiene 49 años, es enfermera y participa en algunas asociaciones, el resto de su tiempo lo dedica a su casa, sus dos hijos y su esposo. A los 42 años terminó su período, entonces empezó a notar que se deprimía mucho, se sentía ansiosa y con mucho calor, tenía problemas de sueño. Algunas compañeras le decían que era muy temprano para que fuera la menopausia, ella explicaba que era porque comenzó a menstruar muy joven. La disminución de la libido fue algo complicado de explicar a su pareja, quien llegó a cuestionarle si tenía un amante. Regina encontró un programa de televisión que abordaba el tema de la menopausia y ofrecía consultas vía correo electrónico, fue así como llegó a

los productos que actualmente utiliza, un gel de hormonas bioidénticas. Regina suele charlar con sus amigas e incluso con algunas pacientes sobre lo que ha vivido: *muchas coincidimos en los mismos síntomas (...) ¡Luego dicen que uno está inventando! para llamar la atención porque ya no eres el centro de atención de la casa o porque ya la mamá no tiene el papel que tenía antes.*

Fátima

Licenciada en historia del arte, Fátima se desempeña como bibliotecaria de un colegio de enseñanza secundaria, donde también realiza labores administrativas. Tiene 53 años, es casada y madre de dos hijos. Su último periodo menstrual fue cuando tenía 47 años y a decir de ella fue "de golpe", de un día para otro. Posteriormente, comenzó a tener insomnio y bochornos que fueron disminuyendo al paso del tiempo, sin embargo a consecuencia de una intervención quirúrgica donde se le retiró un quiste maligno del seno, se le prescribe un medicamento que reduce la producción de hormonas, entonces los bochornos le regresaron. Fátima probó muchos productos naturales sin obtener resultados, el tratamiento hormonal nunca fue una opción por los antecedentes de cáncer que hay en su familia. Describe sus bochornos como algo natural pero molesto y muy desagradable, frente a lo que no puede hacer nada: *no puedo tomar hormonas por ningún motivo, entonces pues no hay de otra más que aguantarse, no puedes hacer nada.*

Luisa

A Luisa le apasiona la historia, los temas esotéricos y durante mucho tiempo ha estado en contacto con el naturismo puesto que su familia tiene un negocio donde se producen estos productos, en ocasiones ahí busca empleo temporal. Soltera, algunas veces con pareja, sin hijos por decisión, tiene 48 años y vive sola en una casa muy grande donde invierte la mayor parte de su tiempo. Hace poco y con sorpresa descubrió que nuevamente tenía su período menstrual después de un año entero de ausencia. Luisa

Menciona que desde siempre ha sido una persona depresiva, pero notó que esto fue acentuándose, así como la presencia de bochornos. Su tía suele darle literatura sobre diversos temas de salud, consume isoflavonas y compra tofu en las tiendas orientales, productos que le han sido muy efectivos. En su familia Luisa ha tenido dos experiencias fuertes con el cáncer, mismas que le han creado una marcada hostilidad hacia los médicos y los hospitales: *si se puede en el resto de mi vida, no quiero volver a ver ni un doctor ni un hospital, sé que es muy dejado de mi parte pero todavía traigo el trauma.*

Mercedes

Mercedes tiene 52 años, vive con dos de sus hijos, es divorciada, trabaja como maestra en un jardín de niños durante la mañana, pero también se dedica al hogar, tiene tres hijos quienes le ayudan económicamente debido a su bajo sueldo. El cese de su menstruación llegó a los 50 años viviéndolo, de acuerdo a ella, de una manera muy normal, ya que nunca sintió algún cambio relacionado con la menopausia. Cree que su madre tampoco tuvo alguna dificultad porque no la recuerda hablando sobre el tema, aunque sí que consumía un producto hormonal. Mercedes, dice ser una mujer de “buena madera”, por lo que considera que su estado de salud es bueno, sin embargo ha notado que bajar de peso le cuesta más trabajo, siendo su única dificultad, un signo de deterioro al igual que la menopausia: *es la comodidad y el alivio, ya no tienes la monserga, pero por otro lado sabes que de ahí viene la decadencia física.*

Delia

Psicóloga de profesión, principalmente dedicada a la docencia, Delia tiene 47 años y vive con su esposo y sus dos hijos. En el tiempo que le queda disponible da terapia psicopedagógica y le gusta nadar. Las amigas de Delia sugirieron que quizá su período se había ausentado por la menopausia, no por un embarazo como ella creía. Consideraba probable que el retraso se debiera la menopausia por su rango de edad, además de que

había experimentado ciertos cambios que podían deberse a cuestiones hormonales: la irregularidad menstrual y que por las noches está empapada de sudor. Delia recuerda que cuando su madre vivió la menopausia sí tuvo cambios de humor e incluso se alejaba de su padre, pero todo lo dejó pasar, dijo que era algo que se le iba a quitar: *ahora yo sé que no tengo por qué aguantarme, hay cosas que pueden evitar estas circunstancias ¡sufrir, no!*

Estela

Secretaria de profesión, Estela de 46 años vive con su esposo y sus dos hijos. Sospechaba que se encontraba en la premenopausia por pláticas que había tenido con su hermana, quién atravesaba la misma etapa. Estela sabe que la menopausia es un hecho natural en todas las mujeres, aunque igualmente señala que algunas lo viven de una manera más fuerte, piensa que esto deriva de una cuestión genética ya que su madre tuvo muchos problemas. La incompreensión ante el cambio de su estado de ánimo, fue uno de sus principales conflictos con su familia, hecho que los llevó a involucrarse más en lo que ella estaba experimentando. Estela piensa que es culpa de la sociedad que la menopausia sea vista como una enfermedad: *yo traigo mis pastillitas y si veo una compañera que tenga los mismos síntomas que yo, le digo "mira estás en la premenopausia, cuídate"*.

En el siguiente cuadro se recopilan algunas de las características que ya he descrito en cada caso y además se enlistan los cambios y/o síntomas que ellas mismas han identificado (cuadro 1). A continuación, se presenta el análisis de la información obtenida en las entrevistas, atendiendo a la trayectoria de atención seguida por las informantes, trayectoria inscrita en una serie de cambios socioculturales que determinaron la experiencia de cada mujer con respecto al significado del proceso climatérico y el cuidado de la salud en este momento de vida.

Cuadro 1.
Caracterización de las mujeres entrevistadas

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación principal	Actividades secundarias	Estado civil	No. Hijos/as	Vive con...	Servicio médico utilizado
Estela	46 años	Carrera técnica en Secretariado	Secretaria	-Hogar -Venta de productos por catálogo	Casada	Dos (1H y 1M)	Esposo e hijos	ISSSTE Atención privada
Delia	47 años	Licenciatura en Psicología Educativa	Docencia	-Terapeuta	Casada	Dos (1H y 1M)	Esposo e hijos	ISSSTE Atención privada
Luisa	48 años	Secundaria terminada	Hogar	-Trabajo eventual en empresa familiar	Soltera	Sin hijos	Sola	Prefiere medicina naturista
Regina	49 años	Carrera técnica en enfermería.	Enfermera	-Participación en organizaciones, - Asistencia a cursos. -Hogar	Casada	Dos (1H y 1M)	Esposo e hijos	ISSSTE
Yolanda	49 años	3er. grado de primaria	Hogar	-Estudia computación -Estilista	Casada	Cuatro (2H y 2M)	Esposo	IMSS
Isabel	49 años	Secundaria terminada	Hogar	-Deporte (volleyball)	Casada	Tres (1H y 2M)	Hijas y Esposo de una de ellas.	IMSS
Mercedes	52 años	Licenciatura en Pedagogía	Maestra de kinder	-Hogar	Divorciada	Cuatro (1H y 3M)	Sola	IMSS
Fátima	53 años	Licenciatura en historia del arte	Bibliotecaria	-Actividades Administrativas -Hogar	Casada	Dos hijos	Esposo	IMSS Atención privada

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas durante noviembre del 2009 y enero del 2010.

CAPÍTULO 4: EXPERIENCIA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD DURANTE LA MENOPAUSIA Y EL CLIMATERIO.

Este capítulo presenta el análisis de los datos obtenidos a través de las entrevistas en profundidad, que como se ha señalado, fueron realizadas a ocho mujeres habitantes de la ciudad de México durante noviembre de 2009 y enero de 2010. En él se abordan tres grandes rubros que buscan dar respuesta a la pregunta principal y secundaria de esta investigación: ¿De qué manera las mujeres adquieren y/o transmiten los distintos saberes y prácticas que han conformado sobre la menopausia y el climaterio a lo largo de sus vidas? ¿En qué medida estos saberes y prácticas reflejan el llamado proceso de medicalización?

El primer apartado inicia revisando la construcción del proceso de medicalización de la menopausia y el climaterio desde la experiencia de las mujeres participantes al intentar explicar su propio proceso. En un segundo momento se analiza la forma en que las mujeres del grupo buscaron distanciarse de expresiones e ideas que son utilizadas para devaluar a las mujeres durante la mediana edad. Al respecto, se analizó el significado que le dieron a la ausencia del periodo menstrual y de la capacidad reproductiva. Por último, se presentan los planes y objetivos a futuro que estas mujeres pretenden desarrollar durante esta etapa de su vida.

El segundo rubro da cuenta de la trayectoria de atención que las mujeres recurrieron frente a la vivencia de las principales manifestaciones físicas y psicológicas del climaterio y la menopausia. En este apartado se destacarán principalmente los saberes diagnósticos y etiológicos que operaron en el proceso climatérico, pero también algunas de las estrategias y/o prácticas terapéuticas que fueron empleadas. De igual manera, se describe la influencia y la relación que sostuvieron durante este proceso con figuras como la pareja, los hijos, otras mujeres cercanas como las amigas, la madre y por supuesto, los

prestadores/as de servicios médicos en cuanto al papel que han desempeñado en la adquisición y/o transmisión de modelos de significado y de prácticas terapéuticas.

Finalmente, en el tercer apartado se muestra la trayectoria terapéutica que siguieron las mujeres del grupo a partir de las principales prácticas utilizadas, esbozando su relación con las instituciones médicas y la relación médico paciente, la experiencia de las mujeres frente al uso o rechazo de la Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH), y otras prácticas complementarias.

4.1. Significados de la Menopausia y el Climaterio desde las Mujeres Participantes.

En el capítulo dos donde se desarrolló la aproximación teórica, establecí que la concepción de menopausia y climaterio de la que parte este análisis busca comprender ambos procesos como experiencias bio-psico-sociales desde donde se enuncian diferentes significados, acciones y arreglos dentro de un contexto y tiempo histórico particular. Al respecto, retomo nuevamente la noción de *experiencias menopáusicas*³⁸ (Komesaroff *et al.*, 1997) para en el siguiente apartado dar cuenta del espectro de significados y saberes al interior del grupo de mujeres que participaron en esta investigación. En este sentido, la menopausia no puede entenderse lejos del contexto sociocultural dentro del cual se ubica, de ahí que existan variaciones en los saberes que cada mujer expresa al respecto. Por lo tanto, no se puede hablar de una universalidad en cuando a vivencia de este proceso.

Antes de comenzar, me parece necesario recordar algunas de las características socioeconómicas del grupo de investigación: todas son mujeres que pertenecen a una clase media, se encuentran entre los 46 y 53 años de edad, la mayoría realizó una formación académica a nivel de licenciatura, a excepción de Luisa e Isabel quienes

³⁸ El autor construye esta categoría para dar cuenta de que la menopausia puede ser tanto un momento de disrupción biológica y cambios físicos, como también una transformación social e incluso una reflexión filosófica.

terminaron la secundaria y Yolanda quien sólo cuenta con el tercer grado de primaria. Estas últimas son las únicas que no tienen un trabajo remunerado a diferencia de las demás. Todas, ya sea como ocupación primaria o secundaria, dedican parte de su tiempo a realizar actividades del hogar.

La mayoría son casadas, excepto Mercedes quien es divorciada y Luisa que no cuenta con una pareja estable, además de ser la única del grupo que decidió no tener hijos/as. Casi todas viven con su esposo e hijos/as, pero también en el caso de Isabel, Yolanda, Fátima y Mercedes con sus nietos.

Este primer apartado está compuesto por tres secciones que al final buscan dar cuenta de los diversos elementos que las mujeres consideraron al momento de significar y evaluar su proceso de menopausia: la primera parte está orientada a presentar de qué manera definieron lo que entendían por menopausia. Para desarrollar este punto he tomado en cuenta la discusión de si la menopausia puede ser considerada o no como una enfermedad, ya que observé que era una característica que aparecía en los testimonios de las informantes, al igual que su relación con el proceso de envejecimiento. En un segundo momento, describiré la manera en que las participantes asumen o resisten ante expresiones e ideas que tienen como principio reducir el valor de las mujeres a partir de destacar las características negativas, tanto físicas como sociales, que pudieran derivarse de la menopausia. Por último, la tercera parte representa una reflexión sobre esta fase de sus vidas a través de considerar que la mediana edad ha abierto un nuevo camino en el que pueden trazar nuevos planes y objetivos a futuro.

4.1.1. ¿Enfermedad o proceso natural? Repensando el significado de la menopausia.

La menopausia es un evento que se considera natural en todas las mujeres. Al respecto, habría que precisar que si bien todas las mujeres que han tenido menstruación,

en algún momento llegarán a experimentar el final de la misma, esto no quiere decir que la vivencia y el significado de este suceso sean universales para todas. La menopausia también ha estado rodeada de negatividad, ya que los cambios corporales que se presentan son vistos desde una perspectiva biomédica como consecuencia de una pérdida o disminución hormonal, por lo que suele caracterizarse como una etapa de sufrimiento físico y malestar, equiparándola con lo que podría ser una enfermedad.

Para entender mejor el por qué la menopausia y el climaterio mayormente tienden a explicarse como algo patológico o como algo natural³⁹, me parece importante retomar la noción de *padecimiento* que abordé en el capítulo dos de esta investigación. Arthur Kleinman, señala que el padecimiento involucra procesos de atención, percepción, respuesta afectiva, cognición, evaluación de la enfermedad y sus manifestaciones (Kleinman, 1980) esto es, las alteraciones que presenta el organismo y sus procesos biológicos.

La enfermedad describe algo distinto al padecimiento, ya que éste último apunta a una experiencia subjetiva desde donde la persona establece el significado de aquello que está viviendo, por lo que refiere percepciones y experiencias personales que de igual modo impactan en los otros/as que le rodean, ya que el padecimiento forma parte de un entramado social en el que cada cultura tiene una determina traducción⁴⁰ a dichos comportamientos y signos que le son preocupantes (Kleinman, 1980; Young, 1982).

El proceso climatérico refleja una experiencia del padecimiento, que tiende a verse reducida a explicaciones biológicas debido a que esta etapa del ciclo de vida se ha

³⁹ Antonia Lyons y Christine Griffin, en su análisis sobre los textos de auto ayuda para las mujeres maduras, mencionan que la menopausia como "enfermedad" o algo "natural" son los dos discursos predominantes, por lo que cualquier persona que quiera colocarse en otra posición encontrará que no existe. Sin embargo, las autoras identifican un tercer discurso en los textos "menopause as confusing", el cual refleja que la menopausia es tan compleja y complicada como los cuerpos de las mujeres. Al respecto, han visto que este discurso es utilizado por los profesionales médicos para subsanar la ausencia de una postura franca con respecto a la menopausia y la TRH (Lyons y Griffin, 2003).

⁴⁰ El camino que la persona sigue, se desprende de dicha traducción hacia resultados socialmente significativos, constituyendo su enfermedad, por lo que el "malestar" es el proceso a partir del cual se socializa la enfermedad y el padecimiento (Young, 1982).

delineando a partir del discurso biomédico universalizador, como una patología más que como un aspecto ordinario de la vida (Ginsburg, 1991). En ese sentido, "el padecimiento se traduce en enfermedad; es reconfigurado como una alteración exclusiva de la estructura biológica o funcional" (Cardaci y Sánchez, 2007) que por lo tanto es necesario medicalizar⁴¹.

La menopausia como objeto del proceso de medicalización, evidencia como en otras etapas de la vida de las mujeres, el poder biomédico sobre los cuerpos sexuados al reducirlos a su biología a manera de control, mostrando que dicho cuerpo medicalizado, no sólo refleja el cuerpo individual, sino que está limitado por las exigencias de un sistema social donde "a un control social fuerte corresponde un control corporal igualmente estricto (...) cuanto mayor sea la presión por parte del sistema social mayor será la tendencia a descorporeizar las formas de expresión" (Douglas, 1973:96).

Frente a esta afirmación, cabe preguntarnos si las mujeres entrevistadas coinciden con esta visión "patologizante" de la menopausia. Al respecto, encontré que todas mencionaron que era un evento normal y/o natural. Sin embargo, sus prácticas y el discurso que adoptaban para referir a su trayectoria de atención no siempre corroboraban esta visión. Así cuando destacaron los problemas que muchas habían experimentado con algunos de los cambios que fueron viviendo, todas los llamaron "síntomas". Aunque en ningún momento mencionaron considerar al climaterio o a la menopausia como una enfermedad, utilizaron expresiones que podrían ser consideradas como sinónimos, ya que en algunos casos se habló de "trastorno" y en otros de "decadencia":

[La menopausia] Es algo natural que las mujeres vivimos, es algo normal que si nos causa muchos trastornos emocionales y de salud, por eso tenemos que acudir a un ginecólogo y en algunas ocasiones al psicólogo, porque te mueve todo tu estado natural, tu forma de ser, pero no por eso estás loca (Estela, 46 años).

⁴¹ La concepción de la menopausia como una enfermedad deriva del biologicismo desde el que suele abordarse, empezando describirla mayormente a partir de "síntomas". Al respecto, en esta investigación se utilizará fundamentalmente el término de "manifestaciones" y/o "signos", entendiendo éste último no desde el enfoque biomédico, sino como un indicio o señal de algo.

La menopausia es la comodidad y el alivio, ya no tienes la monserga, pero por otro lado sabes que de ahí viene la decadencia física (Mercedes, 52 años).

Para ilustrar que la menopausia es un proceso “natural”, Regina realizó una asociación entre ésta y el embarazo, hecho que remite a pensar en la medicalización de dicho proceso. En seguida explica:

[La menopausia] es lo mismo que el embarazo, no es una enfermedad pero es un proceso que las mujeres lo tienen de forma natural y sin complicaciones, pero hay otras en que no es así (Regina, 49 años).

El envejecimiento, fue otro de los procesos que algunas mujeres relacionaron con la menopausia considerándolo como otro evento que ocurre de manera natural en el cuerpo y que también carga con una fuerte estigmatización social, ya que ambos suelen vincularse a ideas como la soledad, la enfermedad y la muerte, elementos que van delineando la forma en la que cada mujer va encontrando un significado propio ante los cambios que experimentan no sólo física sino emocionalmente:

La vejez se ve como algo natural, hay compañeras que dicen ya tengo 50 o 60 ¡ya me van a dar la credencial de López Obrador! Pero les dices de la menopausia y les cuesta trabajo hablar de eso (Estela, 46 años).

El testimonio de Estela coloca al envejecimiento como un hecho natural que es juzgado de manera social de una forma dura, pero que puede conferir ganancias, como prestaciones para las personas que llegan a ciertas etapas de la vida⁴². Desde la óptica, de los “otros y otras”, la menopausia no traería beneficios sino que por el contrario, expone a las mujeres a que puedan ser juzgadas por sus pérdidas, por las carencias y vulnerabilidad con las que se asocia este proceso, de allí que sea un asunto que puede no hablarse con frecuencia, vivirse en silencio.

⁴² Durante la administración de Andrés Manuel López Obrador como Jefe de Gobierno del Distrito Federal, en febrero del 2001 se emitió el *Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal*, el cual otorgaría un apoyo económico para la mejorar su calidad de vida de este grupo de edad, convirtiéndose en una Pensión Universal Ciudadana. En la actualidad el gobierno de Marcelo Ebrard ha dado continuidad a este programa llegando al monto de 700 pesos (IAAM-DF, 2008).

A pesar de que en la mayoría de las mujeres del grupo existió un rechazo a considerar que la menopausia y el envejecimiento pudieran ser vistos como sinónimos, algunas reconocieron las dificultades al principio del mismo para aceptar este proceso. Como lo describe Regina:

En un momento dije ¡chin! ¡Estoy en mi último ciclo de vida! Como cuando fuimos adolescentes en edad reproductiva pues estamos entrando a otra etapa, pero ¡sí te cuesta! Porque dices ya no estoy tan joven (Regina, 49 años).

Las mujeres tienen dificultad en definir procesos como el climaterio y la menopausia, ya que interviene en ellos no sólo la experiencia física directa, sino también el “afuera”, es decir, los referentes tanto biomédicos como culturales que fundamentalmente tienden a signar esta etapa como un estado que conlleva pérdidas sociales y de funciones biológicas. En ese sentido, es de esperarse que en sus narrativas las mujeres no puedan salir del todo de dichos referentes, pues “la estructura social puede obligar a las personas a actuar como enfermos aun cuando ellas no se consideren como tales” (Freidson, 1978, 289).

La importancia que se otorga a la juventud y a la capacidad reproductiva, como esencias de lo que configura al ser mujer, son algunos de los discursos por los que la mediana edad, así como otras etapas del ciclo de vida, se han caracterizado con un modelo que prioriza los desequilibrios y pérdidas, llevando con esto a que el valor de las mujeres pueda verse vulnerado. En seguida presentaré de qué manera las entrevistadas se colocan frente a estos estigmas culturales y la forma en la que algunas han intentado desmarcarse de ellos.

4.1.2. *Para mí ser mujer es un complemento de todo: La asignación de etiquetas sociales.*

Otras investigaciones que han abordado el tema de la menopausia desde un enfoque sociocultural, han dado cuenta de la importancia que tiene el cese del período menstrual al vincularlo a conceptos como la sexualidad, la feminidad y la maternidad. Estos análisis han

mostrado que este evento puede representar un hecho liberador, pero también un momento difícil que a veces es enunciado por algunas mujeres con la expresión “dejar de ser mujer”, la cual revela la disolución de un elemento importante en la configuración del género: la fertilidad (Pelcastre, 2005; Rosales, 2005; Madden *et al.*, 2004, Giraudo *et al.*, 2003; Sánchez, 2003; González, 2008).

Es importante decir que variables como la edad, el estrato socioeconómico, el estado civil, la paridad, así como el lugar de residencia y por supuesto el proyecto de vida, son factores claves que se entretajan para determinar la manera en la que cada mujer se posicionará frente a la ausencia de la capacidad reproductiva. En este sentido, debido a los avances científicos y tecnológicos, en el presente, las mujeres pueden decidir sobre el final de su proceso de reproducción planificando el número de hijos/as que se desean tener y a través del uso de anticonceptivos definitivos (como la Oclusión Tubaria Bilateral) o no⁴³.

De acuerdo a la información que recopilé en las entrevistas, hallé que en este grupo el cese del periodo menstrual y la capacidad reproductiva no eran vividas como hechos que redujeran su valor como mujeres. La importancia de la reproducción como un hecho clave en la constitución del género femenino, se describió como una idea antigua y/o mito, puesto que en la actualidad la adquisición de nuevos roles y actividades ha otorgado otras fuentes de valor a las mujeres más allá de su capacidad para gestar hijos/as. Sobre esto, Isabel y Delia señalan:

[La expresión dejar de ser mujer] Lo he escuchado con algunas compañeras pero les digo ¡al contrario! ya no van a estar sufriendo por estar cada mes comprándose las toallas (...) (Isabel, 49 años).

⁴³ Características como éstas pueden observarse en el grupo de estudio, ya que el número de hijos/as que cada mujer tiene es de dos a cuatro, siendo todos mayores de edad, universitarios y/o casados e incluso con hijos/as. Aunado a esto, al menos cuatro de las mujeres del grupo mencionaron o sugirieron el uso de algún método anticonceptivo

[La pérdida del periodo menstrual] Sé que provoca mucha inestabilidad emocional ¿no? en el sentido de que hoy sí me bajó y después ya no, esa parte sí afecta en la cuestión emocional porque se cree que se va a dejar de ser mujer (...) Yo creo que son mitos. Puede ser que la menstruación es como un sello o una marca que te dice que eres mujer ¿no? porque sólo a las mujeres nos lo dicen y además estás en edad reproductiva. Pero para mí ser mujer es un complemento de todo, es ser Delia, el ser la mamá, el ser la esposa, el ser la profesionista, el ser amiga, ser mujer es todo lo que soy (Delia, 47 años).

En casos como el de Regina y Yolanda, la desvalorización de las mujeres a partir del cese del periodo menstrual, se relacionó con la reconfiguración del esquema corporal que sucede a la pérdida de partes del cuerpo asociadas a la diferenciación sexual. Tal es el caso de la cirugía por cáncer de mama y la histerectomía, siendo eventos que afectan la autopercepción de las mujeres, y de acuerdo a Yolanda, pueden modificar el placer sexual⁴⁴. Al respecto, explican:

[Sobre la pérdida de la menstruación] Yo no pienso que por eso ya no seas mujer (...) Yo decía a lo mejor una cirugía de mama, pero tampoco ¿no? porque ahí no está nuestro género, es más una construcción (Regina, 49 años).

Una compañera de trabajo me dijo que le quitaron la matriz y se sentía fatal, cuando sabes del climaterio te viene una cosa de confusión y dices si dejas de reglar ¿será lo mismo? Pero que dejes de reglar no quiere decir que dejes de ser mujer, sigues igual, sigues teniendo las mismas relaciones, el mismo gusto, a lo mejor ya no con tanta frecuencia, eso depende de uno, no? (Yolanda, 49 años).

Por otro lado, se mencionó la existencia de algunas expresiones verbales que desvalorizan a las mujeres en esta etapa de la vida, las cuales están fundamentadas en prejuicios como el desequilibrio, la histeria, la exclusión, la vejez, entre otras etiquetas con las que se describe a las mujeres en la mediana edad. Un ejemplo de esto sería la expresión "menopáusica".

Debido a que el estigma social que se coloca en esta etapa de la vida cada vez es más cuestionado por las mujeres que la viven, no existe coincidencia entre lo que se dice y la experiencia concreta de las mujeres. Al respecto, Caning (1999) distingue entre un

⁴⁴ Esta conexión pudiera derivarse de que algunas de las manifestaciones físicas características de la menopausia como la pérdida de lubricación vaginal o el dolor en el coito, llevan a que algunas mujeres se rehúsen a tener encuentros sexuales con sus parejas.

“cuerpo discursivo”, o las narraciones culturales sobre el cuerpo y un “cuerpo material” residencia de la memoria, la experiencia, la identidad (Caning en Ortiz, 2006: 63). En este sentido, Estela critica todos aquellos atributos con los que se carga socialmente la experiencia menopáusica al definirlos como una “construcción social”, como elementos que no son inherentes al proceso climatérico:

La misma sociedad nos hace sentir así, la familia, cuando vas con un compañero de trabajo y dice ¡ay, está menopáusica! La sociedad ha hecho que se vea que ser una mujer menopáusica, es ser una mujer acabada en todos los sentidos ¡no puede trabajar, no puede estudiar, no puede ni siquiera ser una mujer completa! Y eso la mujer lo tiene muy arraigado (Estela, 46 años).

Otras de las cuestiones que se destacaron sobre las expresiones que demeritan la posición de las mujeres, fueron los motivos por los que las mismas son utilizadas, es decir, con intención de ofenderlas y menospreciarlas. Sobre esto, Mercedes y Delia comentan:

Despectivamente te están diciendo que estás vieja, que tienes mal carácter, pero también depende mucho de la persona en sí, depende de con quien te lleves para que se atreva a decirte así, porque es una manera despectiva para lastimar (Mercedes, 52 años).

Mira yo creo que hay más apertura en el tema, pero finalmente esa palabra [menopáusica] se usa de una forma peyorativa, para ofender más que como una cuestión de ignorancia, creo que la persona que lo utiliza lo hace con esa intención, más allá de que esté o no informada (Delia, 47 años).

La mayoría de las mujeres mencionó no sentirse ofendidas cuando se referían a ellas a través de términos negativos relacionados con la menopausia, principalmente si provenían de su pareja, familiares o gente muy cercana. Esto debido a que consideraron que si provenía de ellos, la intención no era ofensiva e incluso señalaron que a veces ellas mismas usaban la expresión “menopáusica” para hacer referencia a lo que estaban experimentando. Los siguientes testimonios ilustran esto:

Con mi esposo sí lo hablamos, lo sabe, incluso cuando de repente llega a tener alguna molestia dice ¡estoy menopáusico! y lo dice jugando, es broma (Delia, 47 años).

Mi esposo me fue entendiendo, hoy por ejemplo le dije llévame al trabajo porque me siento muy mal ¡esta semana estoy menopáusica! y se ríe y me dice ¿por qué estás menopáusica? Y ya le explico que tengo los síntomas, ahorita tengo una semana

con mucha taquicardia, asco, dolor de cabeza, tengo dolor en la parte baja del abdomen (Estela, 46 años).

Estos relatos estarían indicando que estas mujeres han intentado desestigmatizar las ideas y expresiones peyorativas, principalmente dentro del ámbito de sus relaciones afectivas y familiares. Esto podría tener más fuerza si, a decir de algunas entrevistadas, desde las propias mujeres se comenzara a romper el prejuicio con el que se rodea al período climatérico hablando mucho más del tema con otras personas, no sólo las mujeres, y por supuesto con una aceptación más positiva de los eventos que se producen en esta etapa. Sobre esto Regina y Estela opinan:

Yo creo que sí ha cambiado la imagen de las mujeres en esta etapa (la mediana edad), pero en la medida que nosotras mismas nos aceptemos, que no nos dé pena decirlo ¿estás en la menopausia? ¡No, no! ¡Pues sí! ¡Sí estoy en la menopausia, no hay nada de malo! Es un proceso natural (Regina, 49 años).

Llega la menopausia y se piensa que es el acabose, pero no lo es, como si fuera que ya se acabó la mujer ¡ya bótenla a la basura! Y ¡no! tenemos que luchar para que no sea así, por eso tenemos que leer más, organizarnos, pero algunas reaccionan así de ¡shhh! ¡Cállate, cállate! Nos van a oír que estamos hablando de la menopausia (Estela, 46 años).

El intento que se hace por despojar a la menopausia de su sentido más peyorativo colocándola como una etapa en donde se pueden crear redes de apoyo, aunque sea de manera primaria al interior del espacio familiar como intenté ilustrar con las citas de Regina y Estela, podría estar apuntando a la construcción de otras subjetividades y formas vivenciales de ser mujer en esta etapa de la vida.

Otro elemento al que apuntó el análisis del material de entrevista fue las mujeres entendían a la sexualidad como algo que sobrepasaba a la reproducción, ya que al menos la mitad del grupo, habló de las ventajas que se adquirirían en el ámbito sexual, ya que experimentaban encuentros más placenteros al desaparecer principalmente la preocupación por los embarazos.

La información anterior podría remitirnos a pensar que en este grupo empieza a formarse un proceso de autosignificación y creación de otro orden simbólico, si consideramos la idea de que las cosas no son lo que son, sino lo que significan (Sendón de León, 2002), fundamentalmente para aquellos/as que las viven.

Por último, es importante decir que de manera particular el nivel socioeconómico medio, así como el nivel educativo alto que tienen las entrevistadas -la mayoría cuenta con un grado universitario- han sido elementos que les han permitido el acceso a diferentes medios de información y experiencias, las cuales han contribuido a que comiencen a distanciarse de algunos de los estereotipos con los que se caracteriza al proceso climatérico.

4.1.3. *¡Estoy a la mitad de mi vida!* La construcción de un nuevo tiempo vivencial.

Por mucho tiempo la menopausia fue un evento del que se conocía muy poco, ya que la vida media de las mujeres se encontraba muy por debajo de la que se registra en nuestros días. Tan sólo 1930 la esperanza de vida de las mujeres era de 35 años (INEGI, 2001). Con el paso del tiempo, fenómenos como la transición demográfica, el incremento y el acceso a los servicios de salud, así como los cambios en el perfil epidemiológico de la población, llevaron a que la esperanza de vida de las mujeres mexicanas en la actualidad se ubique en los 77.8 años (CONAPO, 2010).

Estos cambios han favorecido la consolidación de una conformación diferente de la pirámide poblacional y el incremento de un grupo etario importante, ya que son cada vez más las mujeres entre los 45 y 55 años que llegan a experimentar un proceso tan largo como es el climaterio⁴⁵. En este sentido, el aumento en la esperanza de vida tiene importantes implicaciones para el sistema de salud, principalmente en la cobertura de

⁴⁵ En México durante el 2005 existían 695, 486 mujeres entre los 45 y 60 años de edad (INEGI, 2006).

necesidades médicas específicas de cada grupo, pero además, es un hecho que este cambio demográfico ha colocado a las mujeres frente a un tiempo histórico distinto, donde los mismos procesos biológicos se significan de otras formas, pero también las relaciones familiares, afectivas y laborales.

Para todas las mujeres que participaron en esta investigación, el proceso climatérico era visto como una etapa transitoria y/o un ciclo más dentro de la mediana edad. Los años se tradujeron en experiencia de vida desde donde se reflexionó e hizo un recuento de lo que se había conseguido hasta ese momento, pero también de lo que se deseaba, al considerarlo como un tiempo idóneo para comenzar a retomar proyectos que por mucho tiempo dejaron en segundo lugar al priorizar su rol de esposas y madres. Es claro en este sentido lo que señala Yolanda:

Esta parte de mi vida [la mediana edad] para mí es importante porque tengo el tiempo y he estado haciendo cosas que deseaba hacer como estudiar (...) Se van los hijos y dices ¿qué está pasando? A lo mejor te das un poquito de tiempo pero sigues activo, te consume el trabajo, entonces en esta parte como que ya te das un espacio en decir, a ver ¿qué he hecho de mí? (Yolanda, 49 años).

Como señale al principio de este capítulo, la mayoría son madres de hijos/as universitarios y/o casados, por lo que algunas son también abuelas, y es justo en esta etapa donde se presenta el reencuentro con la pareja o la búsqueda de un compañero, así como de nuevas actividades y espacios ya que se tiene más tiempo disponible y se crea un sentido de libertad que muchas mencionaron:

Siempre he valorado mi salud, ahora con esto que me está pasando [la menopausia] valoro más la vida, disfruto lo que me gusta hacer, para mí el deporte, y en lo personal ahora valoro más a mi pareja que antes (...) trato de estar más seguido con él y disfrutar los momentos (Isabel, 49 años).

Estás en una edad productiva, ya no es como antes que casi a los 40 años ya era la abuelita, la viejita que no hacía nada, ahorita ya puedes hacer muchas cosas, trabajar, realizarte ¡estás a la mitad de tu vida! En mi caso mis hijos ya se casaron, hago lo que quiero, tengo mi trabajo. (Fátima, 53 años).

Es importante recordar que todas las mujeres del grupo comenzaron a trabajar desde jóvenes, por lo que al menos cinco de las ocho participantes cuenta con un empleo remunerado desempeñando actividades laborales que se han caracterizado como "femeninas" o mayormente realizadas por mujeres, como es la maquila, la enfermería, la docencia y puestos secretariales y/o administrativos. El contar con un ingreso propio ha permitido que se puedan costear la realización de algunas actividades secundarias como prácticas deportivas, participación altruista en organizaciones y el estudio. Aunado a esto, hay que mencionar que el ingreso que también aportan sus esposos, así como la independencia y el trabajo remunerado de algunos de sus hijos/as, ha permitido que estas mujeres puedan destinar una menor cantidad de dinero para el hogar y aprovechen una buena parte de sus salarios en ellas mismas.

El vivir en una situación económica favorable respecto a otros sectores de la población, ha mejorado el cuidado de su salud, además de que la mayoría recibe los beneficios de cobertura de salud por parte de su pareja o desde las empresas en las que ellas laboran, teniendo así una mayor la posibilidad de pagar un servicio médico privado, como apunta Delia:

Mis hijos ya están grandes, ya tienen su propio trabajo, ya son económicamente independientes, aportan a la casa, ya no pagamos escuelas, entonces esto realmente sí nos ha dado una mayor oportunidad de acudir a un servicio privado, es un privilegio porque lamentablemente sí lo es, no todos lo tienen (Delia, 47 años).

Luisa, mujer soltera y sin hijos, nos muestra otra perspectiva respecto a sus expectativas en el terreno de lo económico y de lo afectivo. Así plantea:

Pues básicamente quisiera tener un colchoncito económico, la pareja tampoco se discrimina en estos casos, poder trabajar en el crecimiento espiritual, ya en dado caso tener una pareja, que no sea para vivir con ella, porque mi sueño dorado es cada quien vivir en su casa, unos revolcones de esos de pronóstico y luego cada quien a su casita, ¡nada que el desayuno y lavar la ropa! (Luisa, 48 años).

El matrimonio puede verse como uno de los pilares en la vida de algunas mujeres, no obstante decisiones como la soltería, la unión libre o condiciones como el divorcio o la viudez, han llevado a que muchas inicien la formación de nuevos vínculos sociales y afectivos. Al respecto, es importante decir que esto puede no resultar sencillo ya que en especial para las mujeres, la juventud, la belleza y la fertilidad podrían verse como requisitos para iniciar una relación. En este escenario, se ubica el testimonio de Mercedes, mujer divorciada que enfatiza la importancia que se concede a la apariencia física en nuestra sociedad:

Quiero bajar de peso, cambiarme a una casa más pequeña cuando tenga la oportunidad de hacerlo, quiero conseguirme un novio –risas- y dedicarme a viajar, a viajar con una pareja estable que me haga sentir bien, lo que uno como mujer desea y quiere dar, porque no puedes pedir sin dar nada a cambio, claro que ¡no es lo mismo cuando tienes veinte años que tienes cinturita y tienes todo firme! (Mercedes, 52 años).

Luisa comparte con Mercedes el deseo de una pareja, sin embargo sus ambiciones son diferentes: en un caso se busca la estabilidad y en el otro la posibilidad de una relación con un nivel menor de compromiso para conservar el sentido de independencia que le ha conferido ser una mujer soltera sin hijos. Esto evidencia la multiplicidad de relaciones afectivas que existen en los proyectos de estas mujeres y que pueden desarrollarse en este momento de la vida.

Como vemos, analizar el proceso climatérico desde una visión antropológica, no sólo nos lleva a considerar los distintos cambios físicos que se presentan como parte del mismo, sino también la reestructuración de los roles y las relaciones sociales y afectivas. El tránsito a esta larga etapa, no sólo enfrenta a las mujeres a diversos conflictos sino también a interrogantes y reflexiones que muchas veces las llevan a tomar conciencia, a poder asumirse como sujetos que desean reposicionar sus vidas para buscar nuevos objetivos y librarse de los estereotipos con los que muchas veces se enmarca a las personas que se hallan en ese momento del ciclo de vida.

La siguiente sección tiene como objetivo introducimos a la trayectoria de atención del proceso climatérico desde la experiencia de este grupo de mujeres, por lo que se analizará fundamentalmente los distintos saberes etiológicos y diagnósticos utilizados para encontrar sentido a las manifestaciones físicas y psicológicas que fueron viviéndose.

4.2. Manifestaciones físicas y psicológicas relacionadas al proceso climatérico.

Este apartado busca hacer un recuento de las manifestaciones físicas y psicológicas que cada una de las entrevistadas relacionó con el proceso climatérico que actualmente experimenta, enmarcándolas en la trayectoria de atención que recorrieron, a partir de revisar dos aspectos: los saberes etiológicos y los diagnósticos. Asimismo, se describirán y analizarán los diferentes agentes que participaron en dicho proceso y, de manera muy general, algunas de las estrategias y prácticas terapéuticas a las que recurrieron.

Cada uno de los saberes y prácticas descritos se ubican en lo que se ha identificado desde la antropología médica como el *modelo de autoatención*, desde donde se inician las primeras interpretaciones sobre la etiología de los cambios corporales y psicológicos que se experimentan. Se considera tanto la información médica obtenida a través de anteriores episodios de enfermedad, como el consejo de algún integrante de la red social.

La autoatención entonces abarca todas aquellas prácticas y representaciones de las cuales un individuo se sirve para diagnosticar y/o interpretar una condición, asimismo efectúa mecanismos y estrategias para controlar y/o atenderse, donde puede incluir la búsqueda de atención médica en diversos ámbitos, no sólo el biomédico, hasta el hecho de aguantar o hacer nada frente a la situación (Menéndez, 2004).

Como se describió en el primer capítulo de esta investigación, desde las ciencias biomédicas se ha denominado como *síndrome climatérico* a todas aquellas manifestaciones asociadas a esta etapa, como los bochornos, la resequedad vaginal, los

cambios de humor, los trastornos del sueño, entre otros signos que varían en cada mujer de acuerdo a su intensidad, duración, e inclusive presencia, ya que no todas las mujeres los experimentan. Es importante decir que estas manifestaciones pueden deberse a múltiples causas, ya que no todas están referidas al proceso de climaterio, algunas pueden ser relacionadas con el envejecimiento o expresar comorbilidades.

En el cuadro dos se agrupan las distintas manifestaciones declaradas por las informantes, así como el momento en el proceso climatérico en el que cada una se encuentra. Debo señalar que al momento de la entrevista intenté que cada una siguiera en su relato una secuencia que iniciara con la descripción del momento en el que apareció el primer signo, ya sea físico y/o psicológico, que posteriormente asoció a la menopausia y/o el climaterio.

Esto fue con la intención de recuperar cuáles fueron esos primeros saberes a los que recurrieron para determinar la etiología de aquello que estaban experimentando. Si bien la mayoría de las manifestaciones que mencionaron, estaban siendo experimentadas durante el periodo en el que se realizaron las entrevistas, algunas mujeres precisaron durante sus relatos que éstas habían ido cambiando en frecuencia e intensidad, y algunas otras las narraron como hechos pasados.

Como señalé en el primer capítulo, la presencia de las manifestaciones físicas y psicológicas del climaterio y la menopausia es variable en cada mujer, situación que puede verse ejemplificada a través del cuadro, donde se puede comparar tanto el número como el tipo de manifestaciones que mencionó cada una. En este sentido, se observa que Estela, quien se ubica en la fase de premenopausia, fue la persona que mencionó el mayor número de manifestaciones que se presentaron de esta etapa. Mientras Mercedes, quien se ubicó en la fase de la posmenopausia, fue quien expresó el menor número.

Cuadro 2.
Recuento de las manifestaciones físicas y psicológicas
del proceso climatérico enunciadas por cada informante.

Etapa del proceso		
Nombre y Edad	climatérico	Manifestaciones Físicas y/o Psicológicas
Estela, 46 años	Premenopausia	-Irregularidad menstrual (hemorragias) -Bochornos -Depresión -Aumento de peso -Disminución de la libido -Irritabilidad -Cansancio -Taquicardia -Ascos -Dolor de huesos -Dolor de cabeza -Dolor parte baja del abdomen -Deshidratación
Delia, 47 años	Premenopausia	-Irregularidad menstrual (ausencia temporal) -Incontinencia urinaria -Sudoraciones nocturnas -Osteopenia -Tolerancia al frío
Luisa, 48 años	Premenopausia	-Irregularidad menstrual (ausencia temporal) -Bochornos -Sudoraciones nocturnas -Depresión
Isabel, 49 años	Premenopausia	-Irregularidad menstrual (hemorragias) -Calores -Depresión y cambios de ánimo -Aumento de peso -Resequedad vaginal
Yolanda, 49 años	Premenopausia	-Irregularidad menstrual (hemorragias) -Bochornos -Depresión -Insomnio -Incontinencia urinaria -Irritabilidad -Resequedad vaginal -Resequedad de la piel
Regina, 49 años	Postmenopausia (última menstruación a los 42 años)	-Irregularidad menstrual (hemorragias) -Calores -Depresión -Aumento de peso -Disminución de la libido -Taquicardia -Ansiedad
Mercedes, 52 años	Postmenopausia (última menstruación a los 47 años)	-Irregularidad menstrual (ausencia súbita) -Aumento de peso -Incontinencia urinaria
Fátima, 53 años	Postmenopausia (última menstruación a los 47 años)	-Irregularidad menstrual (ausencia súbita) -Bochornos -Aumento de peso -Insomnio -Osteopenia

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas durante noviembre del 2009 y enero del 2010.

Aunque es frecuente que el proceso climatérico tienda a eclipsarse a través del concepto de menopausia, encontré que en algunas mujeres del grupo se hizo una diferenciación entre lo que significa climaterio, menopausia e incluso premenopausia y posmenopausia. Este hecho me parece relevante en tanto que evidencia un cambio en cuanto a la información médica que se ha ido adquiriendo respecto a otras generaciones, ya que es precisamente desde biomedicina donde comienza a elaborarse esta división del proceso climatérico para lograr una mejor comprensión del mismo. El contacto que las mujeres han tenido con este tipo de información ha posibilitado que algunas puedan crear un saber más preciso sobre esta etapa y las diferentes fases en las que se divide, permitiendo que cada una pueda ubicar su experiencia particular al concebirla como un proceso y no como algo que se presenta de manera aislada. Al respecto, Estela dice:

Menopausia es cuando ya dejas de reglar, ya no produces estrógenos, en la premenopausia todavía lo haces pero te vas preparando, vas a ir dejando de menstruar poco a poco, no de golpe, hoy reglas dos días, luego dentro de un mes no, pero son trastornos, cambios hormonales que vas teniendo (Estela, 46 años).

El caso de Estela me parece interesante ya que podría ejemplificar lo que se ha denominado como "paciente bien informado", es decir, aquella figura que ha ido adquiriendo un conocimiento amplio de su condición a partir de diversas fuentes y en ese sentido, cuestiona a la figura médica no para rebatir con ella sino para seguir incrementando su conocimiento⁴⁶. En seguida ilustro esto:

La doctora me decía que la menopausia era una situación normal entre comillas, y yo le preguntaba ¿por qué entre comillas? Entonces me dijo que porque algunas mujeres lo ven pasar natural, así nada pasa, pero a algunas mujeres nos pasa más fuerte y yo le pregunté ¿pero por qué pasa eso? si todas perdemos lo mismo, los estrógenos que ya no producimos, pero la situación que la ginecóloga me dice es que es por genética y sí porque mi mamá se puso igual en la premenopausia y ahora mi hija tiene dismenorrea como yo la tuve (Estela, 46 años).

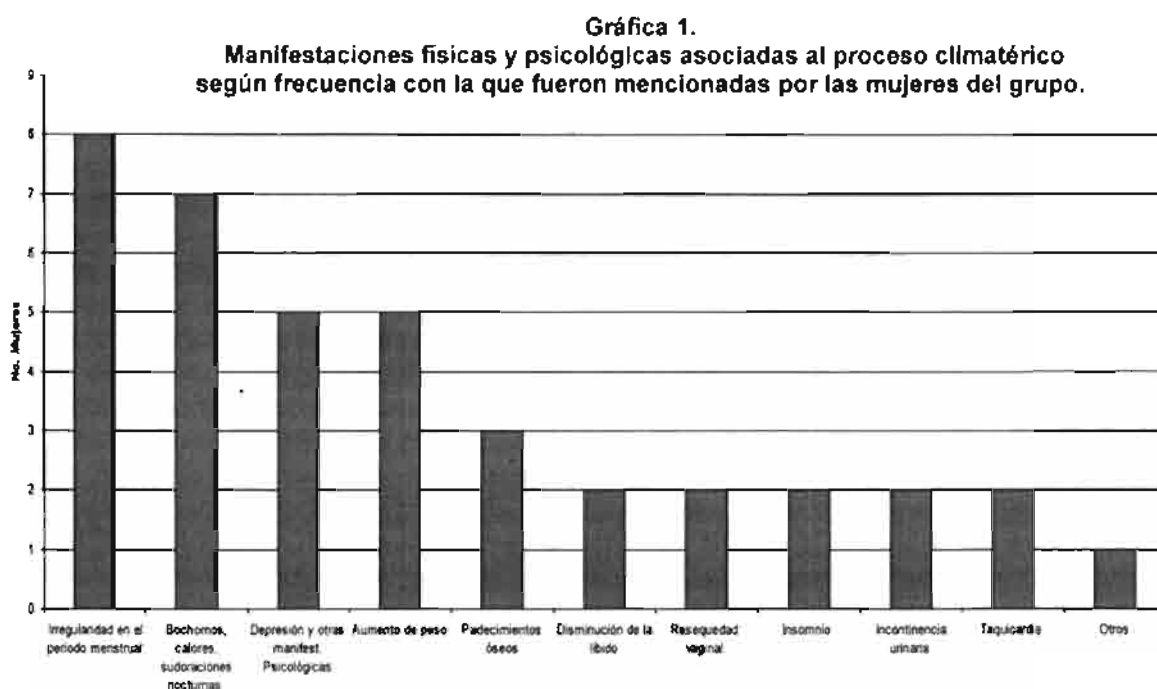
⁴⁶ Este tipo cambio en la atención entre el/la paciente y el médico ha derivado en mecanismos más participativos de atención, a partir de relaciones más cooperativas y mutua decisión y supervisión de los padecimientos.

En este punto me parece importante introducir un señalamiento que elabora Arthur Kleinman al desarrollar su propuesta sobre los Modelos Explicativos (ME's), los cuales los define como las nociones sobre un episodio de enfermedad, padecimiento y tratamiento, que son empleadas por todos aquellos involucrados en el proceso clínico, es decir, profesionales médicos, pacientes e incluso la red social. Desde esta perspectiva, el autor considera que tanto los profesionales como los pacientes recurren a modelos explicativos particulares, el encuentro entre ambos desencadena procesos comunicativos y transaccionales (Kleinman, 1980).

Es así que una fase previa a la formación del “paciente bien informado” sería aquella relación entre el profesional de la salud y el/la paciente donde es común que el segundo llegue con su propio modelo explicativo de lo que le está sucediendo y termine modificando su experiencia subjetiva al incorporar elementos que el médico/ca maneja, un ejemplo sería la causalidad genética que Estela menciona en su relato, hecho que viene a nutrir aquellos saberes con los que inicialmente explicó los cambios que experimentaba.

Aunque si bien es importante la influencia que tiene la relación médico- paciente en la difusión de saberes y prácticas del modelo biomédico, también hay que reconocer la importancia de los diversos medios de comunicación a través de anuncios farmacéuticos, programas, cápsulas informativas y reportajes escritos donde se abordan distintas temáticas referentes a la salud. Fundamentalmente, la mayoría de los contenidos parten de una visión biologicista que tiende a medicalizar la menopausia a partir de destacar únicamente los diversos síntomas, dejando un espacio mínimo a las problemáticas derivadas de los cambios sociales y familiares que también se producen en esta etapa de la vida.

Como se puede apreciar en la siguiente gráfica, las manifestaciones físicas y psicológicas más mencionadas por las mujeres del grupo de estudio, fueron⁴⁷: irregularidad en el periodo menstrual -siendo una de las principales características que marca el inicio del proceso climatérico-, los bochornos, calores y sudoraciones, la depresión y otras manifestaciones psicológicas como irritabilidad y ansiedad, el aumento de peso, los padecimientos óseos, la disminución de la libido y la resequeidad vaginal (Gráfica 1).



Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas durante noviembre del 2009 y enero del 2010.

A partir de la gráfica pude observar que existe una similitud entre las manifestaciones que fueron reportadas por este grupo y las que aparecen en otras investigaciones empíricas realizadas con grupos de estudio más amplios (Gutiérrez, 2008; Martínez *et al.*, 2008; Vitelio *et al.*, 2006; Giraudo *et al.*, 2003; Pelcastre, 2001). Asimismo, se destacó la existencia de signos que fueron muy poco referidos en el grupo, hecho que expresa una

⁴⁷ Con la intención de lograr una mejor comprensión gráfica, decidí englobar manifestaciones similares como son los bochornos, calores y sudoraciones. En el caso de la depresión, ésta fue la manifestación psicológica más mencionada, sin embargo se mencionó igualmente la soledad, la irritabilidad y la ansiedad. El rubro de "otros", describe aquellas manifestaciones que tuvieron una frecuencia muy baja como por ejemplo, ascos, dolor de cabeza, dolor en la parte baja del abdomen y deshidratación

de las diferencias que encontré con respecto a otros análisis que igualmente retomé para esta investigación, donde se destaca un mayor porcentaje sobre condiciones como el aumento de peso (Giraud *et al.*, 2003), y otros signos que en el grupo casi no fueron señalados, como el dolor de cabeza y dolor de abdomen (Bastías *et al.*, 2001, Pelcastre; 2001).

A continuación elaboraré una descripción y análisis de las principales manifestaciones físicas y psicológicas que se mencionaron, a partir de enfatizar dos elementos: la etiología⁴⁸ y el diagnóstico. Igualmente iré exponiendo algunos elementos que remiten al contexto social donde se enmarcan cada una de estas manifestaciones, ya que en él se muestran las diversas relaciones familiares, afectivas y laborales que influyeron en los saberes etiológicos y diagnósticos, así como de manera muy general algunas de las prácticas terapéuticas, las cuales más adelante se abordarán en un apartado dedicado enteramente a ello.

4.2.1 Comencé a pensar que era la menopausia: Irregularidades Menstruales

Como anteriormente describí, la única manifestación presente en todas las mujeres del grupo fue lo que denominé como *irregularidad en el período menstrual*, dado que es ésta la situación que generalmente alerta sobre el ingreso al climaterio. Con base en ello, decidí agrupar a la población estudiada en tres subgrupos: A). las mujeres que presentaron hemorragias, B). las que experimentaron episodios ocasionales de amenorrea y C). aquellas que señalaron haber tenido una ausencia súbita del período menstrual⁴⁹. En esta parte de mi trabajo, describiré brevemente cómo los subgrupos A y B, identificaron e interpretaron dichas irregularidades, siendo éste el primer signo a través de cual se inicia su experiencia corporal del proceso climatérico.

⁴⁸ La etiología se refiere al estudio de las causas de las enfermedades.

⁴⁹ Aunque es poco frecuente, se menciona que la ausencia súbita del período menstrual ocurre a una de cada diez mujeres (Abernethy, 1999). En la muestra existieron dos informantes que hicieron alusión a este hecho, en donde un factor más a considerar sería el olvido o la falta de precisión en como fue ocurriendo esto

- Como si te abrieran una llave: Hemorragias menstruales.

La presencia de sangrados muy abundantes o hemorragias fue un signo que apareció súbitamente en algunas entrevistadas desconociendo sus causas, provocándoles esta situación sentimientos de gran incomodidad, preocupación y miedo. Yolanda e Isabel, hablan de esto:

Empecé a reglar más seguido, sangrados de que caminas y ¡quihubola! No puedes ni caminar porque sientes como si te abrieran la llave (Yolanda, 49 años).

Ahí sí ya me espanté, porque ¡madre santa! ¡Era tanto lo abundante! Es más estaba yo sentada y ya ni sentía, ya cuando me levantaba ¡híjole! ¡Un manchonón! Unas hemorragias que en mi vida me habían pasado, bueno en un día me cambié como cinco veces la ropa (Isabel, 49 años).

Como mencionan las entrevistadas las hemorragias dieron lugar a importantes conflictividades no sólo en el ámbito privado, sino también en el social, ya que la sangre menstrual es un hecho que socialmente se estableció que debe mantenerse oculto. Al respecto, Estela comenta cómo se vieron afectadas sus actividades laborales debido a los sangrados abundantes experimentó:

Me había mojado la falda ¡una manchota! (...) cuando llegué a la oficina me llama mi jefa y me dice ¿por qué te tardaste tanto Estela!? me gritó, me corrió de la oficina, le dije que tenía un problema de salud, me pidió mis constancias (...) Le tuve que decir licenciada ¿quiere que le enseñe la toalla femenina mojada? ¡Cómo me hizo sentir que tuviera que decirle mi vida privada en voz alta! ¿Te imaginas?⁵⁰ (Estela, 49 años).

Con respecto a las primeras interpretaciones sobre la etiología de las hemorragias, encontré que en algunos casos estuvieron influenciadas por el saber previo relacionado con ciertos padecimientos ginecológicos que habían vivido o conocido a través de otras mujeres. En este sentido, como producto de un accidente laboral o debido a la presencia

⁵⁰ En su narración se destaca uno de los elementos que dentro de la antropología médica se identifican en el proceso de *becoming ill* o *el llegar a ser enfermo*. Es decir, el solicitar a la persona la comprobación de las enfermedades o los problemas que atañen a su salud. Esto debido a que es necesario una especie de acuerdo que lo corrobore desde niveles, como el individual, el familiar, el laboral, pero principalmente el médico, a partir de pruebas físicas y estados anímicos que puedan confirmar y otorgar la etiqueta de la enfermedad.

de miomas⁵¹, Yolanda recurre fundamentalmente a sus experiencias médicas previas para encontrar sentido a las hemorragias que experimenta. Así relata:

Trabajaba en un fábrica, eran unas máquinas en dos niveles que tejían abajo y tejían arriba, entonces tenías que subir y bajar, en una ocasión yo me caí y caí montada, a partir de ahí tuve sangrados. Unos meses sangraba normal y a los diez días exacto volvía a sangrar pero espeso y negro, estuve así dos meses y fui al doctor, me decían que era porque tenía unos miomas, me trataron y se me quitó prácticamente. Ésta vez yo decía que era por lo mismo, eso fue lo que me hizo llegar otra vez al médico y preguntarle qué estaba pasando en mí (...) ahí fue donde ya con el doctor empezamos a ver que posiblemente ya era el climaterio (Yolanda, 49 años).

Por su parte Estela, también asoció las hemorragias a una condición ginecológica previa, pero además a los sangrados abundantes que igualmente tuvo su madre cuando tenía 35 años, por lo que recurrió a su hermana mayor, quien es médica, para comentar sobre sus dudas. Sobre esto, Estela señala:

Yo decía a lo mejor es un tumor, a lo mejor son quistes, a lo mejor ¡no sé qué! entonces me fui hacer estudios y sí, tengo quistes, pero muy pequeños, que no puede ser que por eso me salga este sangrado ¿no? (...) Mi mamá se puso así en la premenopausia, le tuvieron que quitar la matriz porque no le cedían las hemorragias (...) empecé a platicar con mi hermana porque sospechaba que era la menopausia (Estela, 46 años).

Cuando Estela recurre de nuevo al sistema médico público para confirmar aquello que, junto con su hermana, sospechaba era la premenopausia, experimenta un momento conflictivo ya que durante la consulta se le presenta un diagnóstico distinto al que ella manejaba. Así lo refiere:

Fui al ISSSTE y entonces me dice el doctor "¡Lo que usted tiene es que está mal!" según estaba estresada, ¡que estaba casi loca! Me mandó con el psicólogo y me atiborró de medicamento controlados y pues no estuve de acuerdo (Estela, 46 años).

⁵¹ Los miomas son tumores benignos bastante comunes en las mujeres, su prevalencia "oscila entre el 20 y el 50% en las mujeres en edad reproductora y puede causar sintomatología en el 35-50% de los casos" (Pubill, 2001,1). Algunos síntomas característicos son la presencia de sangrados abundantes y/o de larga duración, cólicos menstruales, dolor en el bajo vientre, incomodidad durante las relaciones sexuales, aumento de las micciones, entre otros, por lo que es bastante frecuente que la indicación médica en mujeres adultas sea el tratamiento quirúrgico, principalmente la histerectomía.

A través del testimonio de Estela, podemos observar que “los procesos de medicalización y la divulgación del discurso biomédico sobre los cuerpos han sido fundamentales para el establecimiento y afianzamiento de normas socioculturales diferenciadas por sexo que han dado lugar, a su vez, a una percepción del género” (Cardaci y Sánchez Bringas, 2007, 26). Al considerar esto puede entenderse por qué algunas veces desde la perspectiva médica se considera que las mujeres exageran sus malestares y padecimientos, siendo entonces los factores psicológicos los determinantes para explicarlos⁵².

Estela, desde el inicio de su trayectoria de atención dio cuenta de la utilización del sistema de salud público y privado, especialmente después del encuentro donde no se vio confirmado su autodiagnóstico. Al respecto, se puede observar que la decisión de continuar acudiendo al sector privado, estuvo definida por la calidad en la atención médica que recibió en una institución de seguridad social. Así, en el subsistema de medicina privada se le corrobora aquello que creía que era la causa de su padecimiento, además de que se satisface su interés en recibir un tratamiento biomédico y no sólo psicológico:

Decidí ir al particular, la ginecóloga en aquel entonces me dijo que estaba iniciando la premenopausia (...) Con la ginecóloga del hospital particular el trato fue distinto y me gustó más, porque cuando el doctor me decía que era pura depresión ¡no lo era! Yo necesitaba un tratamiento, necesitaba que el doctor me explicara que estaba en la premenopausia y yo se lo llegué a decir pero me decía que estaba muy joven (Estela, 46 años).

Por su parte, Isabel elaboró su autodiagnóstico con base en las experiencias que habían relatado hacia tiempo sus compañeras en el deportivo, en un momento en el que ella, por ser más joven, no experimentaba aún los síntomas del climaterio:

⁵² Al respecto se ha señalado esta idea como un elemento a considerar frente al distinto interés y profundidad con la que médicamente se investigan los síntomas que son expresados por hombres y mujeres (López, 1998; Wilkinson *et al.*, 1996; Burin *et al.*, 1990).

En pláticas salía el tema y yo les preguntaba ¿qué se siente? Pues puedes menstruar mucho o a veces nada o poquito, hay muchos cambios. Había otras amiguitas que bien extremistas de plano sí se tiraban al drama y dije ¡ay, Dios mío! ¡Que no me pase eso! (Isabel, 49 años).

Cuando Isabel comienza a experimentar sangrados abundantes, recurre al médico familiar que consulta en el IMSS quien, de acuerdo a su relato, le ofrece una explicación clara de lo que está viviendo, presentándole un escenario menos alarmante que el que habían descrito sus amigas. En un primer momento ella comienza a dudar que sea la menopausia, ya que creía que este hecho se presentaba a edades mucho más avanzadas, de ahí que acuda a los servicios de salud de una institución de seguridad social a rectificar su autodiagnóstico:

El doctor me dijo “la menopausia no tiene una edad exacta, nosotros los médicos la tomamos a partir de los 40 en adelante, que pueden empezar con los síntomas, aparte que depende del país en donde vivamos” porque me decía que en las mujeres mexicanas ese es el promedio que hay, las mujeres europeas sí tardan más tiempo, yo le preguntaba por qué y me decía que por el clima, las costumbres, hasta por la alimentación, entonces ya me quedó bien entendido (Isabel, 49 años).

Como Isabel sugiere en su relato, en la historia clínica que se elaboró, se reunió y se consideró una diversidad de datos que buscaron facilitar la comprensión de lo que estaba pasando. Al respecto, es importante decir que el médico que consulta Isabel ha sido el mismo durante mucho tiempo, por lo que probablemente se ha creado un mayor vínculo ente ambos determinando que el trato fuera de mejor calidad que el reportado por otras entrevistadas.

En los tres casos presentados se puede observar, que el autodiagnóstico se basó en los saberes de la biomedicina, ya sea al recordar experiencias médicas propias o a través de las que vivieron familiares y personas cercanas. Asimismo, existe coincidencia entre estas tres informantes respecto a que todas confirmaron su autodiagnóstico a través de la consulta a especialistas médicos ya sea en subsector público o en el privado del sistema de salud.

- ¿Estaré embarazada?: Periodos temporales de amenorrea.

A pesar de que durante la etapa de la premenopausia existe una disminución en la posibilidad de embarazo, ésta se pierde definitivamente al llegar la menopausia. Las irregularidades menstruales pueden tener una duración variable, de ahí que desde la biomedicina se sugiera que las mujeres de mediana edad continúen con la utilización de algún tipo de anticonceptivo para no experimentar un embarazo no deseado.

Delia estuvo utilizando el dispositivo intrauterino (DIU) como medida efectiva de control natal por cerca de 27 años, posteriormente comenzó a experimentar fuertes cólicos que imposibilitaban sus actividades cotidianas y a partir de la recomendación médica, su pareja y ella deciden optar por el uso del preservativo. De allí que después de usar un tiempo este contraceptivo, cuando se presenta un retraso en su periodo menstrual comienza a pensar en la posibilidad de un embarazo. En este caso, son las mujeres de su entorno social y familiar quienes contribuyen a que rechace este autodiagnóstico:

El control que tengo es por preservativo, porque todavía puedo quedar embarazada, de hecho hace dos meses pensé que estaba embarazada. Pero mis compañeras de trabajo, mis hermanas, mis amigas, me decían ¿no será la menopausia? Entonces ya entré en eso, y les decía ¡pues ojalá! Porque ahorita estoy para cuidar nietos, no niños ¿no? pero finalmente bajó [la menstruación]. (Delia, 47 años).

La importancia que atribuye a las opiniones de otras mujeres es tal, que Delia no consulta a ningún médico, ni compra una prueba de embarazo para descartar esa posibilidad, sino que se limita a esperar la llegada de su siguiente periodo menstrual. Al respecto, Delia al elaborar su diagnóstico, llegó a considerar que lo que estaba experimentando podría ser parte de una menopausia prematura, sin embargo después consideró que estaba dentro del rango de edad en la que este evento podría presentarse⁵³.

⁵³ La evaluación que hace Delia, nos muestra parte de los significados sociales que se construyen alrededor de las etapas de vida, donde cada una puede ser identificada a través de cambios físicos y cualidades particulares. En este

Otros elementos que determinaron que Delia no utilizara los recursos de la medicina científica en este primer momento, fueron la baja importancia que otorgaba a los malestares que vivía y el "capital cultural" sobre la menopausia que le aportaba su formación académica como psicóloga:

Conozco información sobre la menopausia porque tengo una especialidad en educación sexual y salud sexual, entonces cuando yo doy información tengo que tener ese tipo de conceptos (...) Sé que hay cambios en el carácter, también he sabido que tienen dolores en los senos e inestabilidad emocional (Delia, 47 años)

En el caso de Luisa la posibilidad de un embarazo⁵⁴ también se vivió de manera angustiante pues desde muy joven decidió no tener hijos porque los veía como una responsabilidad muy grande y consideraba que no existía en ella una predisposición hacia la ternura y los cuidados. Después de una ausencia prolongada de su período menstrual, comenzó a tener sangrados de manera irregular y con algunas molestias. En un primer momento también autodiagnosticó que los períodos de ausencia de la menstruación podrían deberse a un embarazo:

Mi última menstruación fue hace quince días, pero antes de esa pasé siete meses sin menstruar y me empezaron cólicos, molestias y todo, estuve a la viva María a ver ¡cuándo o qué! (...) porque toda mi vida viví paniqueada por no menstruar porque no vaya a ser un embarazo o una cosa de esas (Luisa, 48 años).

Cuando Luisa comienza a pensar que pueda encontrarse en el período climatérico, lo comenta con su tía, mujer de 85 años, quien comparte con ella una experiencia distinta sobre cómo vivió esa etapa y le proporciona libros que enriquecen los saberes con los que contaba Luisa, como se muestra en este relato:

sentido, la menopausia es parte de esos cambios, identificándola a partir de elementos como las manifestaciones vinculadas a este proceso, las representaciones e imágenes con las que se describen a las mujeres en esta fase, la edad en que se presenta, entre otros.

⁵⁴ En ambos casos nos revelan un monitoreo de la sangre menstrual, donde su retraso o ausencia desde el imaginario de algunas mujeres inmediatamente puede remitir a un embarazo, para de manera posterior considerar otros hechos como en este caso la menopausia.

Le platiqué a mi tía sobre lo que estaba pasando y me dijo ¡qué chistoso! ¡Yo nunca sentí nada! Igual me dijo que menstruó hasta los 60 años, pero nunca le pasó nada, nunca le dolió nada, ni un pelo (...) Normalmente ella tiene acceso a mucha información, lee demasiado y me ha ido rolando libros, pero empecé a leer sobre menopausia ya que estaba con una patita ahí, antes no (Luisa, 48 años)

A pesar de que Delia y Luisa no mencionaron recurrir a consulta médica para tratar específicamente la menopausia, ambas han estado en contacto con los saberes de la biomedicina. Delia señaló que periódicamente se realizaba estudios como la mastografía y el Papanicolaou. Luisa, sin embargo, se ha alejado temporalmente de la medicina alopática, debido a que vivió una mala experiencia en las instituciones de salud donde recibieron atención su madre y su hermana, quienes fallecieron a consecuencia del cáncer. Así lo comenta:

Me quedé horriblemente curada de espanto con lo que me tocó vivir con la enfermedad de mi madre y de mi hermana (...) En años, es más si se puede en el resto de mi vida, no quiero volver a ver ni un doctor ni un hospital, salí muy traumada de ese episodio (...) estoy ahorita anti doctores, sé que es bastante dejado de mi parte pero todavía traigo e trauma pero bien pesado.

Recapitulando, tanto en el grupo que presentó hemorragias como en el que tuvo episodios ocasionales de amenorrea sus propias experiencias previas y las de otros actores sociales (compañeras de trabajo, amigas, hermanas, entre otros) fueron fundamentales en la construcción del autodiagnóstico. No obstante, el primer grupo de mujeres interpretó que las hemorragias eran manifestaciones de procesos patológicos que debían resolverse con urgencia, por lo que demostraron la búsqueda de atención médica y la obtención de un diagnóstico preciso por parte de un profesional. En el caso de las mujeres con periodos temporales de amenorrea, este signo no se vivió como un “foco rojo” que ameritaba urgentemente acudir a la consulta médica; si bien las irregularidades en el flujo menstrual en un principio les produjeron incertidumbre, el autodiagnóstico se analizó, corroboró o descartó privilegiando mucho más otras fuentes de información.

4.2.2 Bochornos, Calores y Sudoraciones.

Como se señaló en la primera parte de este trabajo, los llamados “bochornos”, los calores y las sudoraciones, son originados por la disminución de estrógeno y progesterona que se produce durante el periodo climatérico debido a un desajuste en la regulación de la temperatura corporal, lo que ocasiona diversas sensaciones en diferentes momentos del día, situación que puede derivar en trastornos del sueño y por consiguiente afectar también el estado de ánimo. Existen datos que refieren que aproximadamente el 70% de las mujeres a nivel mundial en etapa de climaterio experimentan las tres manifestaciones antes mencionadas (Guttuso *et al.*, 2008).

Los bochornos son una manifestación altamente reconocida por las propias mujeres que los viven y por los profesionales de la salud. No obstante, poco se sabe sobre la manera en que es vivido este malestar, qué es lo que se espera sentir de acuerdo a lo que se escucha sobre ellos, no sólo a partir de la información proporcionada por otras mujeres, sino también por los médicos/cas y medios de comunicación. En este sentido, se puede decir que las expresiones y cambios corporales que se presentan durante la menopausia, se encuentran condicionados a los discursos disponibles para interpretarlos, los cuales participan como elementos que sirven al autodiagnóstico evidenciando que “las relaciones sociales definen las maneras en las que percibimos y monitoreamos nuestros cuerpos, nombramos y clasificamos nuestros síntomas e interpretamos las intervenciones médicas en el contexto particular de nuestra vida” (Cardaci y Sánchez Bringas, 2007, 13).

Los bochornos son probablemente una de las manifestaciones más conocidas y emblemáticas del climaterio, sin embargo, algunas mujeres en un primer momento no lograron determinar con precisión su causalidad u origen. Este es el caso de Luisa, quien menciona haber sentido:

...unos calores bien raros en la noche que decía yo ¡¿qué onda?! Sudaba mucho, me destapaba, me daba frío, me tapaba y así toda la noche, bastante molesto... (Luisa, 48 años).

Este sentimiento de confusión sobre los determinantes de este malestar se presentó también en otras mujeres entrevistadas. Si bien la mayoría de las hicieron referencia a los bochornos sabía que su origen era la menopausia, otras expresaban dudas ya que lo que sentían no se asemejaba a lo que habían descrito sus amigas u otras mujeres. Regina, usando términos técnicos propios del medio en el que se desenvuelve como enfermera, expresa con claridad sus "idas y venidas" en el proceso de autodiagnóstico:

Yo sentía mucho calor pero yo a veces pregunto ¿serán los bochornos característicos de la menopausia? Yo digo que sí, porque a veces sudaba, pero no lo que dicen que sientes, que te sube algo caliente y que empiezas a sudar, como el efecto ese vasomotor, sí sudaba pero no así de que te pones roja, ni nada (Regina, 49 años).

Isabel ilustra esta misma situación desde otro ángulo, pues el signo fue vivido como algo anticipado por otras mujeres produciéndole incertidumbre:

En el hospital cuando uno está esperando nunca faltan las señoras que le dicen a uno que en la menopausia ¡parecía loca!, que si los bochornos e incluso escuché de una de las compañeras del deportivo que le daban a las doce de la noche, que era tanto el bochorno ¡que se bañaba con agua fría! Y yo me preguntaba ¿yo también tendré qué hacer eso? (Isabel, 49 años).

Tiempo después, cuando Isabel comienza a experimentar calores, es a partir de sus hijas/os y de las nociones que tienen sobre la menopausia y sus manifestaciones, que va encontrando sentido a lo que vivía:

Sentí como que andaba muy acalorada y andaba con mi abanico, les decía hace calor ¿no? ¡Estás bochormosa! ¡No hace calor! (Le dijeron sus hijos). Entonces quiero creer que era algo parecido (Isabel, 49 años).

Las referencias "catastróficas" que actores sociales significativos habían hecho a los bochornos llevaron a que Regina e Isabel consideraran que por la "levedad" de lo que experimentaron, lo "suyo" eran calores y/o sudoraciones, no "bochornos". Lo mismo se presentó en el caso de Delia, que usa siempre el término sudoraciones pues los bochornos

fueron una de las manifestaciones del climaterio que más recuerda haber visto en su madre y que al paso del tiempo le permitió distanciar su experiencia de la de ella, ya que estuvo marcada por la conflictividad:

Mi mamá siempre nos platicaba de sus bochornos, la ponían de muy mal humor, no quería estar con mi papá, le decía ¡quítate! Y puros pleitos, no solamente nos contaba, lo veíamos nosotras [refiriéndose a sus hermanas] ya estábamos grandes, mi mamá ahorita tiene 73 años y yo creo que como a los 50 o 55 años le empezó a suceder esto (Delia, 47 años).

Una situación opuesta hallamos en el caso de Yolanda, Estela y Fátima, quienes sin dubitaciones definieron como bochornos lo que habían experimentado:

Empiezo a sentir un calor haz de cuenta como si te pusieras un suéter y luego como si te pusieras otro suéter y otro, y empiezas con un sudorcito así medio leve y empieza a subir, a subir, a subir, así de repente (Yolanda, 49 años).

Se siente como cuando estás menstruando que ¡se te sube un calor! ¡Pero se siente más intenso! No lo aguantas, ¡como cuando estás en Acapulco! —Risas— (Estela, 46 años).

¡Ay, es horrible! Has de cuenta que tienes por dentro un calor espantoso, que se te sube a la cara y te pones roja, roja ¿no? te puede durar tres minutos, uno, pero ¡es una sensación! Así como cuando te de pena, que te pones roja y luego comienzas a sudar y luego te da frío, son muy desagradables, muy, muy desagradables (Fátima, 53 años).

Es interesante la forma en la que estas entrevistadas, ubicando la etapa del ciclo de vida en la que me encuentro, buscaron facilitar mi comprensión expresando y/o graficando la sensación que les produce un bochorno a través de referentes cotidianos que pudieran dar cuenta de un súbito aumento del calor corporal. Asimismo, si bien el bochorno fue uno de los signos que más mencionó este grupo de mujeres, la intensidad y la molestia que atribuían a cada uno de los episodios fue distinta. En este “padecer” por los bochornos, Fátima fue quien atribuyó más rasgos negativos pues continúa con este padecimiento seis años después de haber entrado a la menopausia:

Hubo cambios cuando dejé de menstruar, entonces sí. Yo tengo hasta la fecha bochornos (...) La primera vez que comencé con lo de los bochornos le dije al ginecólogo bueno y ¿hasta cuándo me va a durar? Me dijo te pueden durar fácil diez años, te pueden durar toda la vida, a lo mejor ya no tan frecuentes, pero sí por mucho tiempo (Fátima, 53 años).

Otra característica que algunas destacaron y que les sirvió de elemento diagnóstico, fue el hecho de que la presencia de bochornos ocurría a diferentes horas del día. Sólo dos de las ocho entrevistadas experimentaron sudoraciones nocturnas. Este es el caso de Luisa y Delia. Ésta última identificó como un cambio hormonal la tolerancia al frío:

En las noches cuando me despierto ¡estoy mojadísima! entonces me he tenido que levantar a quitarme la pijama porque cualquier movimiento o que entre el aire, me enfrió rápido y siento que eso me va hacer daño, me súper tapo porque estoy mojadísima, pero así mojada! Pero no me incomoda, no interrumpe en mis actividades (Delia, 47 años).

Yolanda fue muy enfática al describir las dificultades sociales y laborales que, desde su punto de vista, pueden traer consigo manifestaciones como la sudoración excesiva. La pena y el hecho de ser juzgada son las dos características que resaltan en su descripción:

Los bochornos es una parte por la cual no he decidido plantarme a trabajar en una estética bien (...) delante de la gente si empiezas a sudar, la pena que te da! De que digan ¿y ésta qué? y te limpias y te limpias y el sudor es mucho, no? entonces a veces dices aunque te pongas desodorante, pero el sudor no deja de ser sudor, al menos a mí esa es la pena que me da muchas veces (Yolanda, 49 años).

4.2.3 Depresión y "Cambios de Humor".

El cese de la menstruación se ha descrito como un hecho que irrumpe en la vida de las mujeres provocando algunas veces desajustes emocionales por el valor que social y culturalmente se ha otorgado a la capacidad reproductiva. Esta y otras situaciones conducen en algunos casos a estados depresivos que se piensan como inherentes al proceso climatérico. Esto ocurre porque se tiende a homogenizar las experiencias de las mujeres etiquetándolas, aun desde los profesionales médicos, como irritables, histéricas, locas, intolerantes, en una palabra "menopáusicas". Estas denominaciones fomentan una imagen negativa de las mujeres que atraviesan por esta etapa. Imagen que llega a ser

internalizada por las propias mujeres, llevando a que se viva este proceso con un marcado sentimiento de desvalorización frente a los demás.

Así, Estela, quien tuvo una difícil relación con su pareja e hijos, fundamentalmente por la falta de comprensión y el desconocimiento de los cambios de ánimo que pueden experimentarse durante el climaterio, comenta:

Mis hijos y mi esposo no me entendían al principio, porque como hay cambios de humor, pues me decían ¿qué te está pasando? ¡Estás bien loca! ¡de todo te enojas, todo tiras! y yo pues empezaba a llorar. Poco a poco les empecé a explicar y me escuchaban, le decía “métanse al Internet, lean un libro para que me entiendan”(…) sí fue una etapa muy difícil, casi de pleitos constantes con mi compañero y con otra gente, una revolución dentro de mí que buscaba entender, pero ahora ya me siento mejor (Estela, 46 años).

Regina señala que la comunicación entre mujeres puede ser útil para ratificar la presencia de determinadas manifestaciones físicas, las cuales pueden ser interpretadas por quienes no las padecen como una “exageración”:

A veces con las mismas pacientes hablamos y muchas coincidimos en los mismos síntomas y nos da risa porque decimos ¡ay y luego dicen que uno está inventando! Que es para llamar la atención porque ya no eres el centro de atención de la casa o porque ya la mamá no tiene el papel que tenía antes (Regina, 49 años).

Aunque desde el campo biomédico existen argumentos que apuntan a que los trastornos depresivos y los cambios de ánimo tiene que ver con las alteraciones endocrinas y hormonales en esta etapa, otros estudios han señalado que estos determinantes no son los únicos que pueden entrar en juego en esta situación (Ojeda, 2006; Greer, 2000; Sempere *et al.*, 1998), por lo que la depresión en la menopausia sigue siendo un tema de debate. En este sentido, es importante considerar el contexto socioeconómico y cultural en el que cada mujer experimenta el climaterio y la menopausia, así como los diversos arreglos y reestructuraciones que se presentan durante la mediana edad.

En este momento, tal como señalé antes, es cuando se puede reconfigurar las expectativas y proyectos de vida, ver de una manera positiva eventos como la emancipación de los hijos/as, fortalecer la dinámica de pareja, comenzar una nueva, retirarse de las actividades laborales, relacionarse estrechamente con los nietos/as. No puede dejarse de mencionar que también pueden iniciarse procesos dolorosos: los diagnósticos de enfermedades crónico-degenerativas, el fallecimiento de familiares y la pareja, el cuidado de otros, como la madre⁵⁵ o el padre, el síndrome del nido vacío, hechos que son vividos por muchas mujeres como pérdidas que pueden dar lugar a estados depresivos⁵⁶.

Aunados a la depresión, algunas mujeres dijeron padecer de irritabilidad, ansiedad, soledad, incompreensión. Estas manifestaciones psicológicas fueron parte de su construcción de la etiología del proceso climatérico y en un primer momento fueron llamadas de manera muy general como “cambios de humor”. Fue posible vislumbrar algunos ángulos del contexto en el que dichos estados se enmarcan. Tal es el caso de Yolanda, quien atribuye el escaso contacto social que mantiene a que la mayor parte del tiempo se encuentra en casa cuidando de su padre enfermo:

Yo sentía muchas cosas, yo veía que sí me irritaba a veces más o estaba bien sensible, de por sí soy bien chillona (...) estoy el cincuenta por ciento sola, ¿no? y a veces estoy viendo la televisión o alguna película y tengo unas ganas de llorar que yo misma me digo ¡qué tonta, es un reportaje! En mí sí he sentido ese cambio de ser más sensible, a veces sentirme que ni yo misma me entiendo, más melancólica, como decir ¡ay, nadie me quiere! (Yolanda, 49 años).

Una conversación con su cuñada, le permite etiquetar sus “cambios de humor” como depresión. Posteriormente, a través de lo escuchado en programas de radio pudo ratificar

⁵⁵ Sobre esto es importante decir que en la actualidad debido al aumento en la esperanza de vida, es un hecho frecuente que las personas alcancen edades avanzadas con alguno de sus padres vivos. Al respecto, se ha visto que el “40% de las mujeres alcanzan los 50 años de edad teniendo a su madre viva” (Zúñiga y Vega, 2004:44).

⁵⁶ Al respecto, Dolly Carreño señala que “la acentuación de las pérdidas de objetos amados y vínculos subyacentes es un aspecto fundamental a considerar. Se acrecienta en este período la movilización hacia la mortandad de la generación anterior y de la propia, hecho que es acompañado con el sentimiento doloroso de lo que no se pudo hacer con el objeto de amor perdido y de lo que se hizo para sí misma” (Carreño, 1990:317).

que su tristeza era causada por un estado depresivo, del que formaban parte el sentirse incomprendida, la falta de ánimo para salir de su casa y su escasa vida social:

Una cuñada que tengo me platicaba que cuando pasó todo esto (la menopausia) duró como unos dos años que no quería salir, tenía mucho miedo, se la pasaba llorando en la cama (...) Me he sentido así, sin querer salir porque me siento muy triste (...) Oyendo en el radio alguna vez todo esto (lo que era la depresión) yo dije sí, a lo mejor eso es lo que tengo (...) Yo siento que si no tuviera esos síntomas de depresión, sería una persona más activa, más productiva, porque cuando uno está depresivo ni con uno mismo puede jeh! (Yolanda, 49 años).

La lectura de diversa literatura la motivó posteriormente a realizar algunas actividades fuera de casa para salir de su aislamiento. Yolanda expresa que existe "algo" que no está produciendo y que la hace sentirse triste y depresiva. Nunca relacionó su padecer con su dinámica de pareja o con su padre enfermo a quien cuida. Aunque la soledad y el aislamiento son dos hechos fundamentales que contribuían al estado depresivo de Yolanda, las explicaciones etiológicas basadas en "eso que falta", en la disminución hormonal, son eje importante en su descripción de los determinantes de su estado de ánimo durante el periodo climatérico:

Hace algún tiempo leí que cuando uno tiene depresión es por falta a veces de alguna, no se le puede decir vitamina, no sabría cómo explicarte, pero que es más fácil salir al sol que es lo que produce lo que nos hace falta en ese momento, entonces si me siento muy fatal me voy a caminar a que me dé el sol (...) (Yolanda, 49 años).

Sin embargo, Yolanda no buscó atención médica para tratar la depresión; tampoco lo hizo Luisa quien, de manera similar, recurrió a la información obtenida a través de lecturas para autodiagnosticarse como una "persona depresiva". Como estrategia terapéutica plantea que utiliza el "autocontrol" del propio estado de ánimo:

Más que nada me he ido sobre los libros, luego sufro mucho y luego yo misma me paro el taco, como diciendo pues ahorita no tengo resueltos mis problemas de trabajo, económicos. Entonces auto terapia, luego sufrir mucho un rato y luego ya uno mismo dice ya es suficiente por hoy, vamos a otra cosa mariposa (Luisa, 48 años).

Por su parte, Regina describió haber transitado por una serie de "cambios de humor" variables, debido a que en algún momento la menopausia le llevó a pensar que estaba envejeciendo. Llama la atención que, siendo enfermera, esta entrevistada tampoco buscó ayuda de la biomedicina para diagnosticar un estado depresivo:

Tenia cambios en el temperamento, no tanto irascible, a lo mejor un poco ansiosa, más bien como que me deprimía, decía ¡ay, no! ya me siento vieja, como acabada. Nos decían otras compañeras hay que meternos a tai chi o a yoga, técnicas de relajación para que si sientes sobre todo la ansiedad se te quite. (Regina, 49 años).

Isabel, sin embargo, desde que reconoció los primeros signos del climaterio ha asistido a la clínica de salud del IMSS. Es ahí donde a través de la orientación médica y psicológica, comienza a conocer los posibles cambios que experimentará, tanto físicos como psicológicos, y a incorporar cierta terminología técnica a la explicación de su situación. Así ella señala:

El deporte me encanta, siempre ha sido mi vida, la verdad. En una etapa de mi vida lo busqué por llenar el vacío de... ¿cómo me dijo el médico? era una etapita de mi vida en el que empecé a tener un poco de depresión por ausencia de pareja. Él me canalizó con la psicóloga y me encantaban los talleres que ella daba y fue donde conocí el tema de la reproducción, el nido vacío y he puesto en práctica todo lo positivo de esos talleres, me siento que estoy bien conmigo misma (Isabel, 49 años).

En resumen, sólo en el caso de Isabel, se recurrió a un psicólogo para tratar la depresión, padecimiento que se comenzó a tratar mucho antes de que entrara al periodo climatérico. En los tres casos en los que el estado depresivo se presentó asociado al climaterio, no se buscó atención de un profesional del área de la salud sino se tomó en cuenta el saber de gente cercana e información (posiblemente de la biomedicina) que se obtuvo a través del radio y los libros.

4.2.4 Sobrepeso y Obesidad.

El aumento de peso se ha relacionado con el proceso climatérico vinculándolo con diversos factores. Se considera que en este período de edad la actividad metabólica es menor por lo que existe una mayor dificultad para eliminar las grasas, también se ha asociado con la baja producción de estrógenos, e incluso con los cambios emocionales, como los estados de ansiedad y depresión que podrían conducir a una mayor ingesta de alimentos, sin embargo, ninguna de estas causas ha sido probada de manera contundente.

El aumento de peso fue una mencionado en varios de los relatos, aunque no en todos se lo identificó como parte de la etiología propia de esta etapa. Fátima, Mercedes y Estela son los casos en los que se establece una relación causal entre aumento de peso y la menopausia, pues en este momento de la vida es donde han observado la presencia de esta situación. Al respecto comentan:

De los cambios definitivamente... con mayor dificultad llega uno a bajar de peso, sí te va deteriorando físicamente, yo si hubiera tenido cuidado de joven probablemente tendría mucho menos peso del que tengo ahorita (Mercedes, 52 años).

Lo que pasa es que sí comes un pastelito ¡engordas un montón! Entonces le tengo que meter más al ejercicio y revisar mi alimentación, no debería de comer tanta carne roja, comer más verdura, porque cuando estás en el climaterio te sube el colesterol, los triglicéridos, entonces hay que cuidarse (Estela, 46 años).

Algunas de las principales prácticas de autocuidado dirigidas a evitar el sobrepeso que se mencionaron fueron la implementación de una rutina de ejercicios y la introducción de cambios en la alimentación. Estas recomendaciones, dados los importantes niveles de obesidad que se registra en nuestro país, han sido impulsadas sistemáticamente desde el sector salud a través de los medios de comunicación y de la consulta médica incorporándolos en las orientaciones que se brindan al conjunto de la población. Este discurso biomédico que apunta al autocuidado y a la adopción de un estilo de vida saludable, se encuentra internalizado (aunque no se lleva a la práctica necesariamente) en

prácticamente la totalidad del grupo entrevistado que manifestó tener dificultades para bajar de peso, ya que todas mencionaron la necesidad de cuidado a través de una dieta equilibrada y ejercicio.

4.2.5. Padecimientos Óseos.

Una enfermedad importante que se puede derivar de la baja producción de estrógenos que ocurre en el climaterio es la osteoporosis, condición que genera pérdida de masa ósea y el riesgo de fractura⁵⁷. Una de las medidas más importantes para prevenir esta enfermedad es la detección oportuna de este problema a través de la realización periódica de densitometrías óseas⁵⁸. La prevención se logra también mediante modificaciones en los hábitos alimentarios, la práctica de un ejercicio moderado y la ingestión regulada de ciertos suplementos, medicamentos y tratamientos hormonales.

En el grupo que participó en esta investigación se hizo referencia al dolor de huesos, articulaciones y también a la presencia de "osteopenia", que es una condición asintomática que refiere la existencia de una baja densidad ósea, siendo una etapa que precede a la osteoporosis (Zárate y Saucedo, 2003) Las siguientes narraciones nos explican un poco más de este padecimiento desde la experiencia de las propias informantes. En el caso de Estela se ve la relación que mantuvo con el sistema médico público y privado en su búsqueda de un diagnóstico que explicase su padecer:

Los médicos del ISSSTE me habían dicho que era artritis reumatoide, pero la ginecóloga [del hospital privado] me mandó hacer un perfil para eso, entonces leyendo los estudios me dijo que era por la premenopausia, porque precisamente me duelen mucho los huesos, se están descalcificando, entonces duelen los huesos, las articulaciones como los codos, las rodillas, yo tenía dolores intensos no dormía (Estela 46 años).

⁵⁷ Se ha documentado que "a partir de los 40 años (sin predominio de sexo), se pierde un 0.3 a 0.5% de masa ósea cada año, sin embargo, durante el climaterio la mujer cursa por una fase acelerada de resorción ósea que puede llegar a rangos de 3-5% por año durante 5 a 7 años" (Barreira, *et al.*, 2000,44) Al respecto, "la mujer posmenopáusica experimenta casi tres cuartas partes de todas las fracturas de cadera y tiene la incidencia más alta de fracturas ajustadas a la edad" (Zacarias y Reza, 2006, 156).

⁵⁸ La densitometría ósea es una exploración que se realiza a partir de rayos X de baja potencia para conocer el nivel de densidad de calcio en los huesos. De esta manera se puede identificar la posible presencia de osteoporosis y riesgos de fracturas.

Fátima con base en la información que obtuvo a través del contacto mantenido con el sector biomédico, pudo construir un diagnóstico preciso sobre la etiología de este padecimiento óseo:

Yo voy cada año con la ginecóloga para mi chequeo y en el estudio que te hacen para la osteoporosis salió que tengo osteopenia. Si no tomas calcio, no te cuidas, puedes llegar a que te de osteoporosis, entonces casi todas la menopáusicas estamos en osteopenia (Fátima, 53 años).

En efecto, la osteopenia es una condición muy frecuente, incluso se menciona que puede encontrarse en casi todas las mujeres que hayan pasado los 45 años. Por esta razón se ha ampliado la accesibilidad a la prueba de densitometría ósea. Esta situación ha incrementado el número de diagnósticos oportunos pero también el exceso de medicalización de esta condición y su sobredimensionamiento por parte de las industrias médicas y farmacéuticas (Zacarias y Reza, 2006). Al respecto, Isabel, Delia y Fátima expresan sobre este padecimiento:

Aquí en el deportivo cada año vienen hacer un examen a principios de diciembre. En el examen que me hice la vez pasada me comentaron que estaba al límite, que tenía que empezar a tomar ciertas condiciones adicionales como calcio, entonces por un periodo de tres meses estuve tomando Calcitrol (Isabel, 49 años).

Yo tengo osteopenia, antes me dolían mucho las rodillas, con cualquier golpecito me dolla, me cansaba mucho de subir las escaleras, tenía que ir lento, entonces el ejercicio, el nadar, me ha ayudado. Al principio me dieron XRay, me lo tomé el tiempo que era y ya, incluso pensé en volverlo a comprar, pero más que nada el ejercicio me da mucha fortaleza, me siento ágil (Delia, 47 años).

Los doctores te mandan calcio extra, yo tomo Caltrate o hay otra cosa que se llama Evista que es una cosa que también te frena la osteopenia (Fátima, 53 años).

Algunas mujeres iniciaron el consumo de productos para prevenir y evitar la osteoporosis y/o la osteopenia a través de campañas en centros comerciales e incluso a través de clubes deportivos, por lo que podríamos decir que buscaron resolver su problema a través de la automedicación:

Estoy tomando unas pastillitas de calcio nada más, hace como un año en Costco estaban haciendo pruebas gratuitas con el hecho de que consumieras el calcio que venden, me hice la prueba y salí bien (Mercedes, 52 años).

Debido al aumento en la esperanza de vida, a que la osteoporosis es uno de los padecimientos más relacionados con la menopausia, y a los costos económicos y sociales que genera una persona con fracturas, se han ido generando en México desde diversos ámbitos, campañas de prevención de accidentes que hacen énfasis en las conductas de autocuidado y en medidas para evitar el riesgo de fracturas, ya que los costos institucionales y familiares para la atención de estos/as pacientes resultan muy elevados.

4.2.6. Resequedad Vaginal y Disminución de la Libido.

Algunas veces suele equipararse la sexualidad con la reproducción, de allí que en algunos sectores sociales se tenga la creencia que las mujeres en proceso climatérico ya no pueden vivir su sexualidad de manera activa. Sin embargo, el material producto del trabajo de entrevista nos sugiere que en algunos casos durante el periodo climatérico se produce en las mujeres un incremento del interés sexual debido a que desaparece la posibilidad de embarazarse. La independencia de los hijos/as posibilita también una mejor relación con la pareja o incluso la búsqueda de una nueva relación amorosa. Las alteraciones hormonales no obstante, conducen a que algunas de las entrevistadas vean afectada su sexualidad al presentarse dolor durante el coito debido a la resequedad vaginal y/o a la ausencia del deseo sexual, situación que cuando no es tratada puede llevar a que la mujer abandone su vida sexual.

Así, al inicio de su trayectoria de búsqueda de atención, Isabel acude a consulta debido a las hemorragias que estaba experimentando, ahí comenta con su médico que ha sentido mucha resequedad vaginal. El profesional le menciona que estos cambios se deben a la menopausia, por lo que le prescribe un fármaco:

Tenía la sensación de mucha sequedad vaginal y le dije [al médico] no sé lo que me esté sucediendo, no hay lubricación, me mandó una crema estrógenos conjugados que use más de medio año y sí me funcionó (...) El doctor me dijo "ustedes sienten que ya no va haber una actividad sexual normal! ¡no! ¡Para nada! pero muchas decaen, si llega a sentir eso no se preocupe véngase y ya la canalizaré con el especialista" (...) (Isabel, 49 años).

Con posterioridad a esta consulta, Isabel transmite su propia experiencia con este tipo de malestares a una de sus compañeras del deportivo que comenzó a perder el deseo sexual. En seguida explica esto:

Me comentó "es que ya no se me apetece nada" y le digo ¿ya no se te apetece tu marido? yo creo que no te estás informando bien, hoy en día estamos en una época que no nos debemos de quedar con nada, luego hasta decimos entre compañeras que hay juguetitos [sexuales], nunca he ido a eso, pero creo que es tiempo de ir a investigar (Isabel, 49 años).

La ausencia del deseo sexual, generó en Regina un sentimiento de confusión. La etiología de su padecer fue construida a partir de un cuestionario que respondió por Internet⁵⁹, situación que le permitió relacionarlo con la menopausia. Por su parte Estela, debido a que mantenía un contacto estrecho con su ginecóloga, sabía que este era un cambio relacionado al climaterio, no obstante manifestó sentirse incomprendida por su pareja. Derivado de lo anterior, ambas mujeres tuvieron importantes conflictos que llevaron a que sus esposos comenzaran a desconfiar de su fidelidad:

Pues me decía "oye Regina ¿por qué no quieres tener relaciones? Pues es que me siento cansada, siempre estás cansada ¿qué a poco tienes un amante? ¡Cómo crees!" Pero ya con los años sí le he dicho que es por la menopausia (Regina, 49 años).

Sí tuve problemas de sexualidad, porque también no tienes apetito sexual, yo no quería tener relaciones, no se me antojaba, yo creo que así duré como tres meses o cuatro meses. Mi esposo me decía ¿es que no me quieres? o ¿tienes un interés por otro lado? ¡No, no, no es eso! Es que estoy mal, porque estoy en la premenopausia, ¡entiéndeme! Porque yo no quería, yo no sentía deseo, no tenía ese apetito (Estela, 46 años).

⁵⁹El cuestionario que responde Regina, forma parte de la consulta médica que solicita por Internet, de la que hablaré en profundidad en la parte que aborda las prácticas terapéuticas.

Me interesa señalar que aunque las mujeres tratan de definir este período de la vida de manera positiva, desvinculándolo del concepto de enfermedad, las entrevistadas describían las diversas manifestaciones que se presentan en esta etapa a través de expresiones de malestar y conflicto. Es importante destacar que en el grupo operó una jerarquización de las manifestaciones físicas y psicológicas que cada una de sus integrantes iba experimentando, hecho que llevó a que algunas más tempranamente hayan recurrido a la biomedicina para establecer la etiología de sus malestares y confirmar o desechar sus autodiagnósticos.

4.3. “Esto la va ayudar a sentirse bien”: Saberes y Prácticas Terapéuticas

El siguiente apartado continúa con el análisis de la trayectoria de atención a partir de la descripción detallada de los saberes y prácticas terapéuticas que fueron empleadas por el grupo de estudio. Retomaré parte de las nociones etiológicas y diagnósticas que se describieron anteriormente para contextualizar las primeras decisiones terapéuticas así como las distintas etapas que transitó el grupo de mujeres que participó en la investigación.

Esta sección inicia analizando la utilización de la medicina científica, mostrando elementos como la búsqueda de consulta, la relación médico- paciente, la utilización y/o rechazo de la Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) y otras medidas terapéuticas y preventivas. En un segundo momento, se abordan las prácticas que provienen del campo de la medicina alternativa y/o complementaria.

4.3.1. El inicio de la Trayectoria Terapéutica.

- Llegué con el doctor para decirle ¿qué está pasando en mí?: la búsqueda de atención biomédica.

Como se describió en el apartado anterior, al iniciarse la presencia de los diferentes signos físicos y emocionales, las mujeres recurrieron a construir la etiología de su padecer,

es decir, una explicación causal sobre el mismo considerando elementos como encuentros médicos previos, enfermedades ginecológicas, embarazos, la edad y por supuesto, aquellos que hacían referencia al proceso climatérico. El contacto con los profesionales médicos, el consejo de otras mujeres y familiares, así como la información que obtenían de medios como el radio, la televisión e Internet, contribuyeron a la construcción de un autodiagnóstico y de la consiguiente etiología. A pesar de que en algunos casos estos diagnósticos iniciales estuvieron acompañados de prácticas y saberes terapéuticos en donde no intervino la participación directa de un profesional de la salud, fue el hacer uso del saber médico y/o la consulta a un profesional, un elemento constante en todas las mujeres del grupo⁶⁰ para entender los cambios que estaban experimentando.

Al respecto, es importante decir que pude identificar que las entrevistadas realizaban una priorización de determinadas manifestaciones, reflejando lo que Kleinman denomina como "estructuras o marcos de relevancia", lo que se puede entender como la jerarquización de los problemas, donde algunos son más temidos que otros y requieren una búsqueda de atención inmediata⁶¹. De igual manera, esta jerarquización puede verse en las respuestas terapéuticas que las informantes emplearon, ya que a partir de esta estructura de relevancia es que se decide, como iremos viendo más adelante, el tiempo por el que se continuará un tratamiento o cuidado y el momento en que se cambiará a otro (Kleinman, 1980).

Al momento de establecer una respuesta terapéutica, la propia experiencia como paciente adquiere relevancia, por lo que hay que destacar que en distintos momentos anteriores a que se presentaran las manifestaciones del climaterio, las mujeres del grupo

⁶⁰ A excepción de Luisa, quien como vimos antes, ha marcado una distancia del sector biomédico y sus instituciones a partir de las malas experiencias que vivió en este ámbito debido al fallecimiento de su madre y hermana a causa del cáncer.

⁶¹ Como se vio con el caso de la irregularidad menstrual, en específico con las hemorragias, manifestación que condujo a algunas informantes a una búsqueda urgente de atención médica donde se les explicó o ratificó que la causa era la menopausia y el climaterio.

buscaron atención en diversas instituciones de los subsistemas del sector salud público y privado al acudir a revisiones médicas y ginecológicas periódicas, o para controlar el avance de padecimientos como la osteopenia, la hipertensión y otros.

Este acercamiento previo fue un elemento importante que propició que al presentarse los signos de la menopausia, las mujeres tuvieran un contacto más inmediato con el sector biomédico. Este contacto no se vio limitado a la consulta de médicos/as generales y especialistas, ya que también fue obtenido a través de otras mujeres de su familia que eran parte del personal de salud, madres o hermanas, así como de la experiencia de colegas enfermeras. Asimismo, gran parte de la información obtenida en distintos medios de comunicación y literatura, era parte del llamado modelo médico científico o alópata.

No obstante, algunas de las entrevistadas mucho antes de acudir a la consulta médica para atender los signos de la menopausia, consideraron como primera opción no recurrir a ninguna acción terapéutica, decisión que en parte estuvo influenciada por experiencias negativas con las instituciones y el personal de salud que habían experimentado otras mujeres cercanas como sus madres o hermanas. Esta situación cambió posteriormente al evaluar factores como el nivel de gravedad de los signos que se presentaban, la incomodidad e incluso el control que cada una podía tener sobre esas molestias estaba experimentando. En este contexto, se decidió consultar a uno o más profesionales. Al respecto, Regina expresa:

En un principio dije yo creo que sí me voy a aguantar ¡pues cuántas mujeres no se aguantan! (...) compañeras me decían "yo no me pongo nada, me aguanto" pero luego vi lo de los cuadros de ansiedad, lo del insomnio y que ya me daba más seguido y dije ¡no! porque a la larga me voy a perjudicar y también a las personas con las que convivo (Regina, 49 años).

En esta misma línea de reflexión, Estela comenta:

Una de mis hermanas decía ¡yo me aguanto! ¡yo voy a poder! Voy hacer mucho ejercicio, me voy alimentar bien, y al tiempo se dio cuenta que tenía la necesidad de tomar algo (...) Yo cuando empezaba a tener los síntomas sí fui al médico, pero

después de un tiempo, porque yo también decía ¡no pasa nada! ¡Yo solita puedo! y no es cierto (Estela, 46 años).

La expresión “aguantar” en ambos testimonios nos revela una etapa inicial dentro de la trayectoria de atención de ambas mujeres, donde el controlar, no hacer nada y/o aguantar, son acciones que forman parte del modelo de autoatención⁶². Asimismo, esta expresión también podría hacer referencia a que la menopausia se considera como un hecho natural que no debe ser medicado, o que puede ser ocultado de manera intencional.

El testimonio de Estela nos muestra cómo la experiencia de su hermana es determinante en la búsqueda de atención médica, ya que si bien enuncia acciones como el cuidado de la alimentación y la práctica del ejercicio, medidas que desde hace tiempo han sido implementadas desde la medicina preventiva, al final Estela otorga un peso importante a la medicación, de tal manera que para ella ésta se muestra como la alternativa más correcta y/o efectiva sobre las demás.

Delia también acudió a la medicina científica porque asoció la expresión “aguantar” con el hecho de “sufrir”. Al respecto, es importante destacar que su decisión igualmente se vio determinada por la experiencia victimista de su madre durante la menopausia, hecho que la condujo a expresar su deseo de consumir algún medicamento o producto para evitar cualquier tipo de malestar durante el proceso climatérico:

Mi mamá lo dejó pasar como algo natural [las manifestaciones de la menopausia], esto tiene que pasar y se me va quitar. Yo sé que no tengo por qué aguantarme (...) Una vez le dije a un doctor: oiga y porque no empezamos a prevenir [las manifestaciones derivadas del climaterio] y tomar algo, y él me dijo “pues eso lo tiene que pasar, las mujeres tienen que pasar por eso” me encanijé y le dije lo tenemos que pasar pero ¡no tenemos porque sufrir! (...) además en cuanto a la tecnología y medicamentos esto ha evolucionado mucho, yo no soy de sufrir, me duele la cabeza y tomo algo, me siento mal y veo al médico (Delia, 47 años).

⁶² El Modelo de Autoatención (AA) hace referencia a “las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales” (Menéndez, 2004, 32).

El caso de Delia pone de manifiesto que la prescripción derivada de un diagnóstico, depende mucho del sistema de referencias donde el paciente y el médico se encuentren insertos (Freidson, 1978), ya que desde ahí se establecen los significados que serán compartidos y permitirán un entendimiento común. Como se muestra en el testimonio, la renuencia del médico a establecer una terapéutica es considerada por Delia como un comportamiento reprochable. Desde su propio sistema de referencias, el sufrimiento no tiene que acompañar necesariamente a procesos como la menstruación, el embarazo, y por supuesto la menopausia. Visto desde otro ángulo, puede pensarse que el médico que se negó a prescribirle un fármaco buscaba limitar la tenencia de Delia a sobre medicarse y a evitar su consumo excesivo de medicamentos.

Este caso es relevante ya que deja ver una clara orientación hacia la biomedicina en cuanto a la utilización de servicios y medicamentos, ya no sólo para tratar los signos de la menopausia, sino para afrontar cualquier otro padecimiento. De allí que la prescripción de fármacos no se vea como negativa, sino como el elemento que confiere validez al diagnóstico. En el siguiente apartado, comenzaré a describir y analizar las principales prácticas terapéuticas que fueron recomendadas y/o prescritas a las informantes. Primero abordaré aquellas que provienen de la medicina científica; posteriormente, se presentarán recursos que pertenecen a la medicina tradicional -la herbolaria- y algunos provenientes de las medicinas alternativas y/o complementarias.

4.3.2. Atención terapéutica desde el campo de la medicina científica.

Si bien México cuenta con una diversidad de sistemas médicos, debido a la propia multiculturalidad del país, el modelo hegemónico está basado en la biomedicina. Este hecho, no niega la existencia y utilización de otros saberes muy importantes como el de la medicina tradicional y las medicinas alternativas. Al respecto, hay que decir que actualmente el acceso a la información se ha convertido en un elemento que ha permitido

a pacientes y médicos, un abordaje más integral y complementario de las diferentes opciones terapéuticas.

En la primera parte de este capítulo, donde se describió el inicio de la trayectoria de atención a partir de los saberes etiológicos y diagnósticos, fui señalando de manera amplia las características de algunas de las prácticas terapéuticas que las informantes utilizaron para tratar las manifestaciones físicas y psicológicas que refirieron. Retomando dicha información, en seguida presento una recopilación de las prácticas terapéuticas que fueron recomendadas y/o prescritas por profesionales del sector biomédico (cuadro 3), donde se muestran los motivos de su utilización, la mayoría encaminados a tratar alguna manifestación asociada a la menopausia⁶³.

Como se observa en el cuadro tres, *el cambio de alimentación y el ejercicio*, fueron las prácticas más referidas por el grupo, reflejando el enfoque preventivo a través del cual se alienta a la población a proteger y cuidar activamente su salud. En ese sentido, se observa el consumo de *productos vitamínicos*, los cuales aparecen casi al final del cuadro, debido a que sólo dos informantes mencionaron utilizarlos no sólo para el tratamiento de la menopausia.

La osteopenia y la osteoporosis son condiciones que se han relacionado ampliamente a la menopausia, de ahí que la ingestión de los llamados *productos con calcio* fue la terapéutica más mencionada en este grupo de mujeres. Anteriormente, cuando abordé las manifestaciones físicas asociadas al proceso climatérico, desarrollé un apartado sobre padecimientos óseos, encontrando diagnósticos de osteopenia en algunas informantes, por lo que el cuidado de los huesos y el chequeo periódico para evitar este

⁶³ Aunque el insomnio no fue incluido en las principales manifestaciones que se describieron en la primera parte de este capítulo, ya que sólo dos mujeres lo mencionaron, una de ellas refirió un medicamento específico para su tratamiento, de ahí que se haya considerado incluirlo en el cuadro.

tipo de problemas de salud fue algo que se halló frecuentemente, al igual que el consumo de productos para tratar y/o prevenir dichos padecimientos.

Por último, sólo tres de las entrevistadas mencionaron que se aplicaban o ingerían fármacos que tenían estrógenos u otras hormonas (gel, parches de estrógenos y hormonas bioidénticas) Como nos muestra el cuadro 3, la utilización de estos productos estuvo encaminada principalmente al tratamiento de algunos signos de la menopausia, pero también al cuidado de la piel como medida para preservar la juventud, hecho que se describirá más adelante.

Cuadro 3.
Prácticas terapéuticas utilizadas por las mujeres del grupo para el tratamiento de manifestaciones asociadas a la menopausia

Práctica	Motivo para la utilización	Informantes	Total de mujeres
Cambio de alimentación	Sobrepeso, prevención y tratamiento de osteopenia y osteoporosis	Estela, Fátima Isabel, Luisa, Regina,	5
Ejercicio	Sobrepeso, prevención y tratamiento de osteopenia y osteoporosis	Estela, Isabel, Mercedes, Regina, Delia	5
Ingestión de productos con calcio	Prevención y tratamiento de osteopenia y osteoporosis	Mercedes, Regina, Delia, Estela, Fátima	5
Uso o ingestión de fármacos o productos con estrógenos y otras hormonas	Bochornos, Depresión y otras manifestaciones psicológicas, reseca vaginal, cuidados de la piel.	Isabel, Mercedes y Regina,	3
Productos vitamínicos (Vitamina C, B, B12, E, P)	Cuidado del sistema inmunológico, sistema nervioso, propiedades antioxidantes, tratamiento para bochornos.	Luisa y Estela	2
Melatonina	Tratamiento para el insomnio	Fátima	1

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas durante noviembre del 2009 y enero del 2010.

A continuación, relataré la experiencia de algunas informantes en cuanto a la utilización de dichas prácticas terapéuticas, en el primer punto hablaré sobre el ejercicio, cambio de alimentación, y el consumo de productos vitamínicos, posteriormente abordaré la utilización y/o rechazo de la Terapia de Reemplazo Hormonal.

- A una buena alimentación le añado mis ejercicios: Autocuidado y salud positiva.

Desde hace mucho tiempo la medicina científica ha tenido como propósito educar a la población para promover la salud a través del autocuidado, el cual se ha “desarrollado desde la biomedicina y desde el salubrismo especialmente a partir del concepto de *estilo de vida*⁶⁴, de tal manera que por autocuidado se suelen entender las acciones desarrolladas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y para favorecer aspectos de salud positiva” (Menéndez, 2004, 34).

El concepto de salud positiva comienza a tomar fuerza al considerar que la salud no sólo representa la ausencia de patologías, sino también un estado de bienestar donde el individuo protege y promueve su propia salud a través de las revisiones médicas, la vacunación, el cuidado ambiental, la práctica regular de actividades físicas y deportivas, así como de una mejor alimentación.

Bajo esta lógica, parte de la atención médica que se brinda a las mujeres en proceso climatérico buscar fomentar medidas que permitan evitar el sedentarismo, vigilar el peso, procurar una mejor selección de los alimentos y acudir a chequeos médicos periódicamente, estrategias enmarcadas en la *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002 para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer*, donde se establece un protocolo de acciones que el sector salud público y privado deben aplicar para brindar una atención médica adecuada, basada en la prevención, la orientación y/o consejería médica, así como en la atención general y específica (2002).

⁶⁴ Eduardo Menéndez, describe que *estilo de vida* inició siendo un concepto holístico donde “por medio del sujeto/grupo pretendía observarse la globalidad de la cultura expresada mediante estilos particulares” (Menéndez, 48, 1998). Cuando la biomedicina comienza a utilizar este concepto, circunscribe determinados padecimientos y excluye otros, ya que existe la noción de que el sujeto puede elegir y actuar de manera intencional y “responsable” sobre su propia salud, por lo que la noción de riesgo se coloca casi exclusivamente en el sujeto, olvidando las condicionantes estructurales, sociales y económicas, además de la responsabilidad de la producción empresarial de enfermedades (Menéndez, 1998).

Al indagar en el grupo de mujeres sobre dichos aspectos, se describieron los beneficios que conferían las actividades deportivas, recreativas e incluso laborales en cuanto a la disminución de algunos de los signos asociados a la menopausia ya que, a decir de las informantes, estar inactiva o incluso permanecer mucho tiempo en casa, favorece la presencia e intensidad de los signos físicos y psicológicos. Al respecto, los siguientes testimonios de Fátima e Isabel, muestran que las actividades que realizan, funcionarían como estrategias de evasión ante las manifestaciones físicas del proceso climatérico:

Yo siento los bochornos en mi casa o afuera, pero creo que si trabajas tu mente está ocupada también otras cosas (Fátima, 53 años).

Algo que me favorece, según me comentó el doctor, es que como hago deporte eso me mantiene distraída tanto física como emocionalmente, me dijo "como usted siempre trata de llenar sus espacios con el deporte entonces no se da cuenta o si por ahí están latentes los síntomas, pues no se da cuenta porque anda ocupada con sus actividades" dije ¡ah, pues qué bueno! ¡Así seguiré! (Isabel, 49 años).

La idea de "mantenerse ocupada" fue relacionada con la experiencia de sus madres, quienes desde su interpretación, habrían minimizado las molestias derivadas de la menopausia dedicándose a la constante carga del trabajo doméstico y al cuidado de los otros/as⁶⁵.

Considero importante señalar que, si bien dichas actividades siguen estando presentes en la vida de muchas mujeres, actualmente factores como el aumento en la esperanza de vida, el ingreso a ocupaciones diferentes al trabajo del hogar, la posibilidad del tiempo libre, así como el acceso y apertura de los medios de información, han llevado a que la menopausia sea vivenciada de diferente forma, ya que existe una mayor visibilización de este proceso y de su impacto para la salud. De ahí que con mayor frecuencia las mujeres hablen y escuchen de él, pero también otros actores sociales como

⁶⁵ Sobre esto Margaret Lock describe que la menopausia es vista en el contexto japonés como una enfermedad de la modernidad en la cual tiene que ver la clase social, ya que el síndrome premenstrual se presenta mayormente en aquellas mujeres de clase alta, urbanas, profesionistas o "sin propósito en la vida" (Lock, 1993).

la pareja, los hijos/as, las amistades y las madres, quienes hoy pueden transmitir más abiertamente los padeceres y beneficios vividos.

A pesar de que el consumo de productos vitamínicos para el cuidado de la salud en general y específicamente para tratar las manifestaciones del climaterio, es motivo de publicidad que la industria farmacéutica difunde en los medios de comunicación, este tema fue mencionado sólo por dos informantes. Dentro del grupo, Estela fue la única entrevistada que mencionó utilizar un producto vitamínico especial para la menopausia, prescrito por su ginecóloga:

La ginecóloga me recomendó éste (muestra el frasco de Prevefems Complex) y le dije ¿no son hormonas? a mí me daba miedo por el cáncer, me dijo que no. Entré a Internet, pregunté con otros doctores, mi hermana Cristina, y me dijeron que no había problema (...) Fui con la nutrióloga de la empresa donde trabajo y me dijo "perfecto Estela, está muy bien este medicamento, síguetelo tomando" y desde que lo hago me he sentido mucho mejor (Estela, 46 años).

El relato de Estela muestra su marcado interés por cuestionar y elegir informadamente las terapéuticas que ha decidido adoptar, para ello ha considerado la información obtenida de las consultas, los encuentros informales con gente que considera calificada y el acceso a Internet. Es importante señalar que algunos profesionales médicos atienden a las exigencias y necesidades que las pacientes expresan, pero también se mueven con cautela frente a la falta de evidencias empíricas irrefutables sobre los beneficios y seguridad de los tratamientos hormonales.

Al respecto, de las ocho mujeres del grupo que en algún momento de su trayectoria estuvieron en contacto con el sector biomédico, sólo Isabel y Mercedes, mencionaron haber utilizado por un corto tiempo el gel⁶⁶ y parche de estrógenos, respectivamente; mientras que Regina dijo estar utilizando "hormonas bioidénticas". Estos datos apoyan la información que indica que en nuestro país existe un bajo porcentaje de utilización de

⁶⁶Anteriormente al revisar las manifestaciones físicas, mencioné que Isabel utilizó por medio año un gel de estrógenos para tratar la resequedad vaginal.

tratamientos hormonales (Pelcastre, 2003), siendo una de las principales causas del rechazo y/o abandono de este tratamiento, la falta de recursos económicos, seguida de la mastalgia y el temor al cáncer (Pérez, 2003). Considerando esta información sobre el bajo uso de terapias hormonales que coincide con lo hallado en el presente estudio, pasaré a analizar cuáles fueron los saberes por los que en este grupo de mujeres rechazó o sólo empleo temporalmente la TRH.

-Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH): entre saberes y temores.

Aunque desde que comenzó a utilizarse hayan estado al centro del debate las contraindicaciones y efectos de la Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH), es ésta una de las principales medidas terapéuticas que ha impulsado el sector biomédico. El desarrollo de este tratamiento como clave en la medicalización del cuerpo de las mujeres, más allá de su etapa reproductiva y las controversias en cuanto a los posibles riesgos y beneficios a consecuencia de su utilización, son dos de las principales críticas que se mantienen vigentes hasta nuestros días.

MacPherson, identificó tres "promesas" o discursos biomédicos y farmacéuticos a través de los que fue comercializándose la TRH desde su origen, manteniéndose siempre como una opción terapéutica vigente. La autora describe que en un primer momento la utilización de la terapia buscó presentarse como una medida para evitar la pérdida de la belleza y la feminidad, después se prometió que podía garantizar una menopausia sin síntomas, y finalmente su utilización fue asociada a la prevención de enfermedades cardiovasculares y crónicas como la osteoporosis (MacPherson en Wilkinson y Kitsinger, 1993). Esta última explicación fue la más mencionada por las informantes cuando hacían referencia a los efectos que puede traer consigo el proceso climatérico y concluían que deben prevenirse con la asesoría de personal médico.

Los discursos que encuentra MacPherson en el análisis del tratamiento hormonal, sobre todo aquel que tienen que ver con la belleza, la juventud y la feminidad, estuvieron presentes en las entrevistas de algunas informantes. Tal es el caso de Mercedes:

Tengo una compañera que usaba los parches [de estrógeno], su esposo era doctor y además ni siquiera ginecólogo sino pediatra y ¡ahí voy de taruga! Creo que me puse los parches un mes ¡yo iba por lo de la arruga! (...) ¡las hormonas son para todo!, al momento en que tu dejas de producirlas ¡se te adelgaza el pelo, se te caen los cachetes delanteros y traseros! (Mercedes, 52 años).

Mercedes nos revela que el cambio en la apariencia física puede ser vivido por algunas mujeres como una señal de alerta, un peligro para su feminidad⁶⁷, construyéndose en un espacio perfecto para comerciar con el temor hacia el envejecimiento y la presencia de enfermedades. Su testimonio muestra de manera clara, que el discurso medicalizador con el que empezó a prescribirse y comercializarse en los años setenta el uso de la terapia hormonal como fuente de la eterna juventud, persiste en la actualidad.

La automedicación, es un elemento que aparecía en el material de entrevista reiteradamente y que, como subraya Eduardo Menéndez, desde el sector biomédico es considerado como una práctica que podría traer consecuencias negativas (Menéndez, 2004). No obstante, y de manera contradictoria, desde la propia biomedicina se impulsa el autocuidado que es visto como positivo, pero que en algunas ocasiones propicia la automedicación⁶⁸ (*Ibid.*, 2004), olvidando por completo que tanto la autoatención como la automedicación “son parte de un mismo proceso, y que tienen los mismos objetivos desde las decisiones y acciones de los grupos sociales” (*Ibid.*, 2004, 40).

⁶⁷ La feminidad si bien no es el producto de una elección, es en sí una cita forzosa de una serie de normas cuya compleja historicidad es inseparable de las relaciones de disciplina, regulación y castigo (Lagarde, 2005).

⁶⁸ Menéndez señala el ejemplo de los pacientes diabéticos, a quienes se les ha impulsado el aprendizaje de técnicas como la lectura de glucosa en sangre y orina e incluso la auto administración de insulina inyectada. Lo mismo ocurre con las dietas, la utilización de métodos anticonceptivos como la píldora y el preservativo, el uso de la rehidratación oral, la exploración de mamas, auto inyectarse insulina (Menéndez, 2003).

Si bien el esposo médico de la amiga de Mercedes fue el referente más importante para adherirse a la terapia hormonal para retrasar el proceso envejecimiento, también la experiencia de la madre jugó un cierto papel en ello:

Mi madre no hablaba mucho de eso pero no le pasó nada, recuerdo que decía que tomaba el *Premarin*⁶⁹ ¡eso de las hormonas ya tiene tiempo! Te estoy hablando de cuando yo era chamaca, ahora no sé si ella siga con eso o lo haya dejado de lado (Mercedes, 52 años).

Del testimonio anterior, me parece importante destacar que si bien Mercedes sabe que su madre utilizó un tratamiento hormonal, el intercambio de experiencias entre ambas fue muy escaso. La información reunida en el trabajo de campo, evidenció que este tipo de relación distante con las madres era frecuente, y que la relación madre-hija no era una fuente importante de información.

Al respecto, Eve Agee (2000) señala la ausencia de intercambio de conocimiento sobre la menopausia entre madres e hijas, ya que algunas de sus informantes refirieron que los consejos de sus madres no serían de mucha ayuda debido a las diferentes experiencias de vida entre ambas, diferencia también situada en el cuerpo, ya que como una de ellas menciona "no somos nuestras madres, incluso nuestros cuerpos son diferentes a los cuerpos de ellas" (*ibid.*, 2000, 85). Esta cita que sugiere que existe una construcción de significados y concepciones del cuerpo diferentes alrededor de un proceso que podría explicarse fisiológica y hormonalmente de manera homogénea.

La información que existe en cuanto a los riesgos de la utilización de la terapia de reemplazo hormonal, continúa asociándose principalmente al cáncer, por lo que las recomendaciones referidas en la *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002 para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer*

⁶⁹ *Premarin* es el nombre comercial de un medicamento formado de estrógenos conjugados, recomendado para el tratamiento de la sintomatología asociada a la menopausia.

(2002) han llevado a que algunos prestadores/ras de servicios médicos enfatizen en el encuentro médico-paciente la importancia de recuperar a detalle la historia clínica de cada mujer para conocer las contraindicaciones y la predisposición al cáncer que pudiera tener antes de prescribir un tratamiento hormonal, acercando también a las mujeres a un saber biomédico preciso sobre los posibles efectos de dicha terapéutica. En este escenario se inserta el relato de Fátima, quien nos muestra además lo determinante que resulta la historia familiar en la adhesión o rechazo a determinadas terapéuticas:

En mi familia ha habido muchos casos de cáncer (...) yo tenía información muy específica porque mi mamá murió de cáncer y el oncólogo nos dijo a mi hermana y a mí "ustedes por ningún motivo pueden tomar hormonas cuando les llegue la menopausia" te estoy hablando que yo tenía 32 años cuando murió mi mamá, entonces te quedas con esa idea ¿no? y cuando llegas a la menopausia y el doctor te quiere mandar hormonas, pues lo primero que haces es decirle que no ¡fíjate sin tomar hormonas tuve un quiste maligno en un seno! Si las hubiera tomado quién sabe cómo me hubiera ido (Fátima, 53 años).

Yolanda fue la única informante que desconocía que hay un riesgo de cáncer asociado al tratamiento hormonal. Mencionó saber que a partir de lo que le informaban sus compañeras de trabajo, los estrógenos eran efectivos, de ahí que aunque estaba interesada en que se los prescribieran, durante la consulta no le fueron indicados:

Has de cuenta que tenemos azúcar, entonces si tienes un cincuenta por ciento, en pastillas, en medicamento, te van el dar otro cincuenta por ciento que necesitas (...) Yo decía que a lo mejor yo necesitaba los estrógenos, pero me dijeron que yo tenía que pasar a fuerza por esto [las manifestaciones físicas del climaterio] para saber realmente qué cantidad era lo que yo requería (Yolanda, 49 años).

Para evitar la innecesaria prescripción del tratamiento hormonal así como la ausencia de una evaluación médica previa, se ha buscado orientar al personal de salud, ginecólogos/as y otros/as especialistas, a evaluar elementos como el tiempo de uso, la dosis correcta de acuerdo a la historia clínica, la continua revisión médica del estado de salud de la mujer, además de la evidencia reciente que señala los síntomas específicos que pueden tratarse con este medicamento, todos factores fundamentales para reducir cualquier riesgo que pudiera presentarse al utilizar el tratamiento hormonal (Pizarro *et al.*,

2008; Campuzano, 2005, Velasco-Murillo, 2005; Zárate *et al.*,2004; AMEC, 2002; Velasco-Murillo *et al.*,2002).

Si bien alrededor de la TRH se han presentado investigaciones cuyos resultados justifican dudas y temores, de igual manera existen algunos estudios que muestran la efectividad de dicho tratamiento, por lo que es difícil establecer una postura única al respecto. Algunas autoras señalan que “mientras hay incertidumbres sobre el equilibrio de los beneficios y riesgos, ya sea a nivel de salud individual o pública, tanto la evidencia epidemiológica como los testimonios personales, sugieren que el uso juicioso del TRH juega un papel potencialmente importante” (Hunt en Wilkinson y Kitzinger, 1996:173), de ahí que sea necesario enmarcar la práctica médica en una serie de lineamientos y acciones que permitan orientar a las pacientes y deriven en una evaluación integral de su estado de salud.

En la primera parte de este trabajo, he señalado la importancia que tienen los medios de comunicación en la conformación y transformación de saberes y prácticas que se transmiten sobre la menopausia, ya sea a través de programas y artículos informativos, o mediante la comercialización de diferentes productos y/o medicamentos que destacan algunas de las manifestaciones físicas y psicológicas que podrían presentarse durante esta etapa. Dicha influencia mediática fue fundamental en el grupo de mujeres para conocer sobre la TRH, así como sobre la relación que puede tener con el cáncer, el cual fue mencionado por todas las informantes, a excepción de una de ellas (Yolanda) como se dijo antes. Los siguientes relatos muestran el sentimiento de temor hacia el tratamiento hormonal que algunas informantes han adquirido desde medios como la televisión y el radio:

En una ocasión escuché en un programa de radio que siempre era riesgoso estar jugando con las hormonas por cuestiones de cáncer, entonces yo escuché cáncer y dije ¡bye, bye! (Luisa, 48 años).

A mí me daban miedo [las hormonas] por lo que se ha oído, de que sí te ayuda pero después te da cáncer (...) Yo no conozco casos directos, pero he escuchado en programas de canal once, con las compañeras, entonces yo no quería tomar nada que fueran hormonas ¡nada! (Estela, 46 años).

Regina, a partir de un programa de televisión llega a un centro médico⁷⁰ atendido por mujeres especialistas que ofrecen consultas por vía electrónica y un tratamiento basado en "hormonas bio idénticas". Estas hormonas también son llamadas "naturales", debido a que son químicamente idénticas a las producidas por la mujer, como los estrógenos, la progesterona, la testosterona y otras. Si bien no se ha comprobado que este tipo de hormonas sean más seguras que las sintéticas que predominan en la TRH, son prescritas para tratar signos como los bochornos, sudores nocturnos y resequedad vaginal; su administración puede ser oral, vaginal o cutánea⁷¹. Regina, cuenta sobre este tratamiento:

Según esto son hormonas bio idénticas pero sí tienen estradiol, yo no he visto la composición química pero yo digo que sí tienen algo, digo ¡no pueden ser tan nobles como dicen! (...) Eso fue a partir del 2006 y me los sigo poniendo, son untados y yo note mejoría (...) los compro de mi bolsa, pero sí son productos caros para la población en general (Regina, 49 años).

Regina, al igual que otras informantes, expresó saber de la relación entre la TRH y el cáncer, de ahí que en su testimonio puedan identificarse dudas sobre la seguridad de cualquier tipo de tratamiento hormonal, aun siendo hormonas bio idénticas como las que ella utiliza. No obstante, consideró que su consumo no representaba una "bomba de tiempo" debido a que no era un tratamiento largo; es ésta una recomendación ya que esta terapia sólo debe utilizarse por un tiempo específico y bajo supervisión médica.

A pesar de la importancia que Regina concede a los profesionales de la salud en cuanto al diagnóstico y prescripción, durante su trayectoria terapéutica ha recurrido en gran medida a la automedicación basada en información de su red social y de los medios

⁷⁰ En la página web, se explica que este centro fue formado en 1982 por profesionales de la medicina, la nutrición y la química para ofrecer un servicio de salud para la "mujer madura de hoy". Uno de sus objetivos es "mejorar la salud y la calidad de vida de nuestras pacientes mediante la integración de la medicina alópata, las terapias nutricionales, las terapias enzimáticas y la medicina tradicional" (Centro Engel, 2010).

⁷¹ Se menciona que una de las ventajas es que la terapia puede individualizarse, en tanto que los productos con hormonas sintéticas representan un método "igual para todas" (Jaffe *et al.*, 2005).

de comunicación. Es éste un dato altamente significativo en la medida en que por su ocupación como enfermera tiene contacto directo con profesionales del área de la salud.

En síntesis, existe una transmisión de experiencias entre mujeres, pero también ausencia de intercambio información, como ocurrió en la relación de algunas de las entrevistadas con sus madres. Asimismo, existe la influencia de los medios de comunicación, siendo todos estos factores elementos importantes para determinar la terapéutica a seguir. En algunos casos el camino es la automedicación, la que no sólo refiere a fármacos, sino también a remedios caseros y terapéuticas diversas provenientes de campos diferentes al biomédico. En la siguiente parte expondré las principales concepciones de las informantes con respecto a estos otros sistemas médicos, así como las prácticas terapéuticas vinculadas.

4.3.3. Prácticas Terapéuticas Complementarias al Sistema Biomédico.

Para aproximarnos a la utilización de prácticas terapéuticas cuyo origen no es necesariamente la biomedicina, es importante apuntar algunos aspectos sobre la llamada medicina tradicional. Debido a su amplia utilización, así como a sus importantes implicaciones económicas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha interesado en el estudio de este sistema médico, integrándose al debate sobre la seguridad, la eficacia y la disponibilidad de estos recursos. Establece así que la *medicina tradicional* incluye "prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades" (OMS, 2002, 7).

Es importante señalar que frecuentemente suele caerse en tres concepciones erróneas cuando se intenta definir a la medicina tradicional. La primera es sólo es utilizada por grupos étnicos e indígenas; la segunda es definirla como opuesta a la medicina

científica; el último error es pensarla como inalterable. El sentido de la medicina tradicional se redefine junto con el significado que le otorga el grupo que la emplea (Menéndez, 1994).

La medicina tradicional en México actualmente representa una superposición de varios sistemas de salud, cuyos antecedentes históricos incluyen la medicina indígena mesoamericana, la española del siglo XVI, lo obtenido de los esclavos llegados de África, así como los saberes recogidos de otros sistemas de salud como el de la medicina tradicional china y el uso de antibióticos, elementos que ponen de manifiesto el dinamismo de la medicina tradicional y su capacidad para adoptar recursos suscitando combinaciones entre sistemas médicos (Berenzon-Gorn *et al*, 2006).

A diferencia de la medicina tradicional, las prácticas *alternativas y/ o complementarias*⁷² son aquellas que no forman parte de la tradición de un país, pero son utilizadas por un grupo importante de la población (*ibíd.*, 2006), como la medicina ayurvédica, la fitoterapia, la acupuntura, el yoga, entre muchas otras. El National Center of Complementary and Alternative Medicine, explica que una medicina alternativa es aquella que se usa a cambio de la occidental, mientras que la complementaria se usa junto con la occidental (NCCAM, 2002), siendo este último el caso de las mujeres que participaron en esta investigación.

Tanto la medicina tradicional, como la alternativa y/o complementaria, se integran en el Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS) el que de acuerdo a Menéndez, tiende a ser excluido o subordinado por la medicina hegemónica al cuestionar su validez científica y nivel de eficacia. A través del tiempo se ha visto que algunas de estas prácticas

⁷² El tratamiento de enfermedades crónicas como el cáncer, artritis, problemas gastrointestinales, enfermedades dermatológicas, padecimientos emocionales, son algunos de los motivos por los que se utiliza la medicina tradicional, alternativa y/o complementaria (Berenzon-Gorn *et al*, 2006), pero también como medida para la prevención y cuidado de la salud en general, como evidenció la mayoría de las mujeres del grupo con el que trabajé.

han sido cooptadas por el sistema biomédico, como es el caso de la homeopatía (Menéndez, 1981). Al respecto, Duncan Pedersen menciona que:

"los paradigmas derivados de las ciencias naturales se conjugaron con las tradiciones y artesanías médicas locales, que dio lugar al nacimiento de la medicina moderna. Desde entonces la medicina que hoy llamamos indistintamente académica, moderna, occidental o formal, cosmopolita o científica, se impulsó paralelamente a estos procesos transaccionales de las tradiciones médicas y a su vez incorporó, en la construcción de su propio conocimiento, algunas nociones sobre la etiología y patogenia de la medicina tradicional o folk, así como expropió en su arsenal terapéutico, el uso de plantas medicinales y varios de los principios activos extraídos de las taxonomías indoamericanas" (Pedersen, 1983, 639).

En el discurso de las mujeres encontré elementos que apuntaron a la subordinación de estos sistemas médicos como señala Menéndez, sobre todo cuando las mujeres evaluaron el nivel de eficacia de las prácticas terapéuticas que ellas definieron como "naturistas" y "alternativas"⁷³. Algunas informantes justificaron la utilización de estas terapéuticas señalando que la biomedicina es mucho más "dañina":

Creo que la medicina que menos daño hace es la naturista, es un poco más larga su medicación, como sus resultados, pero me parece que te daña menos tu organismo (Mercedes, 52 años).

En el grupo de mujeres entrevistadas, como en otros grupos seleccionados para investigaciones antropológicas, existe una utilización selectiva de las prácticas terapéuticas que se adoptan en función del diagnóstico recibido, el tiempo que toma la recuperación, el costo que implicará su tratamiento y la gravedad del padecimiento. Los siguientes testimonios demuestran este balance de pros y contras que se hacen entre diversos saberes médicos. Si bien muchas entrevistadas inician resaltando los beneficios de las prácticas complementarias, concluyen que la medicina científica es la que posee

⁷³ Es importante decir que la mayoría de las entrevistadas utilizó la noción de "medicina alternativa", a pesar de que como revisamos antes, se ubicaría como medicina complementaria. Asimismo, ninguna habló de medicina tradicional como tal, sino "naturismo". El naturismo, puede definirse como la ciencia que aborda la capacidad curativa de nuestro propio organismo a partir del uso de las sustancias y elementos naturales del entorno, donde los agentes terapéuticos son el sol, el aire, el agua, la tierra, los alimentos y las plantas medicinales, que al ser utilizados de manera correcta orientan al organismo a recuperarse a partir de su propia fuerza (Bühning y Saz, 1998). Hay que señalar que el modelo naturista no entra en coalición con el modelo biomédico.

una mayor eficacia terapéutica y un mayor arsenal de tratamientos y tecnología específica, sobretodo en el caso de patologías severas:

Me gusta la medicina naturista (...) después lo alópata si es una cosa dura, porque ¡no vas a sacar con homeopatía una apendicitis! (Luisa, 48 años).

Prefiero más la medicina alópata, aunque a veces puede ser un poquito más perjudicial, pero yo soy muy floja como para tomarme té, mejor me tomo la pastilla, por eso me inclino más a la alópata (Delia, 47 años).

En cuadro 4 se divide en dos rubros que presentan las prácticas que por un lado refieren a la medicina tradicional mexicana, de la que desprendo la herbolaria, y aquellas que apuntan al campo de las medicinas complementarias. Como se muestra en el cuadro, todas las prácticas y/o productos fueron utilizados al menos por la mitad del grupo en algún momento de su trayectoria de atención. Prácticas como la acupuntura y el yoga fueron mencionadas sólo por dos mujeres, a pesar de que en la actualidad son altamente difundidas.

De igual manera, en el cuadro se describen los motivos de utilización a partir de los cuales podemos destacar que las prácticas que se mencionaron están muy ligadas a las manifestaciones físicas y emocionales de la menopausia -como los bochornos, el insomnio o la ansiedad-, pero también al cuidado del sistema inmunológico y el crecimiento espiritual, aspecto que podría relacionarse con los cambios emocionales que se producen durante la mediana edad.

Hay que decir que si bien ciertas prácticas terapéuticas están más enfocadas al tratamiento del climaterio, todas comparten el mismo objetivo, es decir, el cuidado de la salud. En seguida, analizaré la experiencia que las mujeres tuvieron con prácticas como la herbolaria, el consumo de soya y sus derivados, en cuanto al nivel de eficacia de las mismas y las vías a través de las que llegaron a adherirse a estas terapéuticas.

Cuadro No. 4
Prácticas tradicionales y/o alternativas utilizadas por las informantes

	Denominación	Motivo de utilización	Informantes	No. mujeres
Medicina Tradicional Herbolaria	Alga espirulina	Sistema inmunológico	Luisa	1
	Uña de gato	Prevención del cáncer y Menopausia	Luisa, Yolanda	2
	Equinacea	Antibiótico	Luisa	1
	Barbasco	Menopausia	Luisa, Yolanda	2
	Ortiga	Menopausia, hemorragias	Yolanda	1
	Cimifuga	Sofocos, sequedad vaginal	Yolanda	1
	Cola de caballo	Energético	Yolanda	1
	Pasiflora	Tratamiento del insomnio	Regina	1
	Valenciana	Tratamiento del insomnio	Regina	1
	Camote silvestre	Menopausia, bochornos	Luisa, Regina	2
Prácticas Médicas Complementarias	Soya	Bochornos	Fátima, Luisa, Estela, Regina	4
	Ajo chino	Articulaciones, dolor de cabeza, insomnio.	Estela	1
	Tofu	Bochornos	Luisa, Regina, Fátima	3
	Isoflavonas (estrógenos naturales)	Bochornos	Fátima, Luisa,	2
	Fitoestrógenos	Bochornos	Regina	1
	Acupuntura	Control del peso	Estela	1
	Yoga, meditación	Crecimiento espiritual, ejercitar el cuerpo.	Luisa, Mercedes	2

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas durante noviembre del 2009 y enero del 2010.

-Todo viene de las plantas: Utilización de la herbolaria durante el climaterio.

La herbolaria es considerada como uno de los recursos más importantes de la medicina tradicional mexicana, sin embargo el uso de plantas no es exclusivo de dicho campo, ya que la medicina científica reconoce un gran número de sus propiedades medicinales y las utiliza en la generación de productos químico-farmacéuticos. La mayoría de las plantas medicinales en nuestro país pueden encontrarse de manera fácil en los mercados de los pueblos y de las ciudades, algunas son importadas y también exportadas, hecho que algunas veces suele pasar inadvertido frente al comercio amplio de otros productos vegetales (Lozaya, 1986). En la actualidad el uso de la herbolaria ha adquirido novedosas formas, ya que es a través de infusiones, aplicación de tisanas, extractos y aceites que el uso de plantas se ha mantenido vigente a lo largo del tiempo, siendo una

terapéutica presente en la mayoría de los estratos sociales que conforman nuestro país (*Ibid.*, 1986).

De todas las entrevistadas, Yolanda fue quien dio cuenta de una mayor utilización de la herbolaria para tratar la menopausia. El contacto que ha tenido con estos productos comenzó influencia de su esposo, quien ha empleado estos recursos desde hace mucho tiempo, hecho que lo ha llevado a que otras personas lo busquen para solicitar su consejo. Al respecto, Yolanda menciona que su esposo siempre advierte que el uso de hierbas puede traer efectos secundarios como cualquier medicamento, por lo que principalmente suele recomendar productos que él ha consumido, además de que busca mantener el contacto con el médico para evitar efectos indeseables.

A lo largo de su trayectoria de atención, Yolanda acudió regularmente a consulta médica de allí que el uso de la herbolaria lo realice bajo supervisión:

Las hierbas que consumo las vimos en unos libros en donde va mi esposo a comprar sus hierbas (el Mercado de Sonora en el Distrito Federal), él se ha puesto a ver y me dice "mira esto te puede servir o esto te puede alterar" y dependiendo de qué nos diga el doctor nos podemos ayudar de esto (Yolanda, 49 años).

Este testimonio expresa claramente la convergencia y complementariedad entre sistemas médicos, pero además muestra que el conocimiento herbolario, así como el de otras opciones terapéuticas, continúa secundarizándose frente al que proporciona la biomedicina, ya que su utilización al estar respaldada por el mismo nivel de evidencia científica con que cuenta la medicina alopática, su eficacia y seguridad en cuanto a su empleo no están libres de cuestionamientos.

En el caso de Luisa, aunque si bien las malas experiencias que ha tenido con la medicina alopática han hecho que prefiera la utilización de productos "naturistas" como ella los llama, un factor clave ha sido la posibilidad de obtenerlos de manera gratuita, debido a que su familia cuenta con un laboratorio en donde se elaboran estos productos. Derivado

de esto, ha podido formar una crítica con respecto a la efectividad de los productos que se anuncian en la televisión, ya que la empresa para la que trabaja de manera eventual, provee algunos de estos:

No compro los productos que anuncian en la tele, porque muchas veces maquilamos cosas a gente que está en el naturismo y entonces sabemos de qué pie cojean, entonces no me laten la mayoría de las cosas de la tele (Luisa, 48 años).

Debido a que muchos de los medicamentos y productos que se exhiben en los medios de comunicación son presentados como "milagrosos", existe entre las entrevistadas una fuerte desconfianza sobre la efectividad de los mismos. En este sentido, muchos de los productos que se venden para la menopausia y el climaterio, se comercializan explotando el miedo que se tiene al cáncer debido al uso del tratamiento hormonal, por lo que se exalta la cualidad de "natural" de estos productos, pese a que existe poca o ninguna información sobre los efectos secundarios que podrían tener su uso, así como sobre las contraindicaciones del empleo simultáneo de otros medicamentos. Estos elementos son ejemplos de la tendencia a la mercantilización a la que no es ajena el modelo alternativo subordinado (Menéndez, 1990) donde se incluyen las prácticas naturistas y las terapéuticas analizadas anteriormente.

-A las mujeres chinas no les dan bochornos: prácticas de salud complementarias a la biomedicina.

En el grupo de estudio seleccionado para esta investigación se encontró que las mujeres entrevistadas consumían y utilizaban una serie de productos que complementaban los que habían sido indicados en la consulta médica. Dentro de los productos que más se comercializan para el tratamiento de la menopausia está la soya y los que se derivan de ella, como los fitoestrógenos y las isoflavonas. La eficacia de estos productos suele justificarse a partir de la experiencia de mujeres orientales durante el

proceso climatérico, aludiendo a que estas mujeres experimentan una menopausia carente de síntomas.

Sin embargo, como se ha descrito en distintos trabajos (Morgan, 2001; Lock, 1993; Avis, 1999) en las mujeres orientales no están ausentes los signos que se asocian a la menopausia, sino los códigos culturales a través de los cuales los viven y expresan son distintos a los del mundo occidental. Así las informantes relacionaron el consumo de soya con la ausencia de malestares, como lo explica Fátima:

En China la base de su alimentación es la soya y no tienen trastornos en la menopausia, entonces supuestamente está ligado (...) ahora no sé si como te lo comienzas a tomar ya grande pues el efecto no es el mismo que con los chinos o japoneses que lo toman desde chiquitos (Fátima, 53 años).

Regina mencionó el caso de la menopausia en la cultura maya, donde Beyene (1985) realizaría una etnografía en Yucatán sobre la experiencia de la menopausia con mujeres de la cultura maya, destacando que no existe otro signo que se reporte como representativo más que la irregularidad menstrual, la cual es vivida como una liberación. Al respecto, Regina comenta:

Vi un programa de Discovery que explicaban que en Yucatán, en los mayas, es muy común que las mujeres no tengan menopausia y yo dije ¡qué raro! Decían que primero por el calor se pueden confundir los bochornos, pero que las mujeres decían ¿qué es menopausia? ¿Eso qué es? (Regina, 49 años).

Estos testimonios me parecen importantes ya que muestran que, así como lo señalan Cardaci y Sánchez Bringas (2007) para el caso de la gestación, la experiencia de la menopausia es en buena medida una construcción sociocultural, la cual se expresa de diferentes maneras no sólo entre países, sino también entre las mujeres que habitan un mismo contexto geográfico, como lo hemos visto con cada informante a lo largo de este análisis.

Dentro del grupo, Luisa mostró un mayor apego al uso de productos complementarios a los prescritos por la biomedicina como la soya, el tofu y las isoflavonas, que de acuerdo a su experiencia han sido muy efectivos. Fátima, sin embargo, tuvo una experiencia opuesta a la anterior. Al no poder utilizar productos hormonales debido a su predisposición al cáncer, recurrió al consumo de productos de soya y derivados para tratar los bochornos sin obtener resultado:

Tus amigas te van diciendo de la soya, entonces en lugar de comprar leche normal pues compras leche de soya, cosas que contengan soya, (...) todo lo que anunciaban en la tele, había uno que se llamaba *Tofupill*, todos son a base de soya, me los tomé y no me sirvieron (...) en las tiendas naturistas preguntas qué tiene para la menopausia y te sacan el frasquito de isoflavonas que vienen siendo soya también, tomé muchas cosas y no me sirvieron para nada (...) entonces pues no hay de otra más que aguantarte, no puedes hacer nada (Fátima, 53 años).

Algo que me parece importante destacar sobre la utilización de las distintas prácticas alternativas, es que no siempre son baratas, especialmente aquellas que se comercializan por la televisión. Al respecto, es bastante ilustrativo el siguiente testimonio de Estela, donde muestra la convergencia de prácticas terapéuticas, así como el costo que implican cada una de ellas:

Gasto para mi medicamento de la presión que son 500 pesos mensuales, más 200 del suplemento para la menopausia [Prevefem complex], son 700 pesos al mes, pero la de la presión debo de comprármela siempre porque sino me muero, ¡es muy complicado! Son gastos fuertes (...) me compro pomadas naturistas de abeja, de víbora de cascabel, para darme masajes en las articulaciones, esas son baratas, un tiempo dejé de comprarme el ajo chino, le vas sumando la vitamina B, la vitamina E, entonces priorizas (Estela, 46 años).

Para finalizar, debo enfatizar que inicié la descripción de las prácticas terapéuticas complementarias al modelo médico hegemónico vinculándolas con el modelo de autoatención, ya que es ahí donde todas ellas se expresan y se enlazan dando cuenta del "pluralismo médico". En éste no sólo se presentan los saberes y prácticas de la biomedicina, sino también aquellas que provienen de la medicina tradicional y alternativa, así como la forma en la que han sido jerarquizadas y empleadas como en el caso de la

automedicación y el autocuidado. En este grupo de mujeres, hemos visto que el uso de la herbolaria y el consumo de soya, sirvieron de complemento a la medicina científica, siendo ésta la más utilizada a través de la consulta a un profesional médico, la información obtenida de la familia y la red social cercana, así como desde los medios de comunicación.

Revisar la trayectoria de atención de este grupo de mujeres, ha evidenciado las estrategias utilizadas para la selección y evaluación de los saberes y prácticas utilizados, mostrando que ellas mismas han podido ser sujetos activos al momento de diagnosticar y después establecer sus prácticas terapéuticas. Este hecho a su vez pone de manifiesto que los saberes y prácticas no son utilizados de manera aislada, sino que suelen actuar en conjunto y de manera complementaria, revelando un proceso de apropiación que independiente de que resulte efectivo o no, muestra la articulación práctico/ideológica de campos que al parecer podrían parecer opuestos (Menéndez, 2003).

CONCLUSIONES

La presente investigación antropológica tuvo como principal objetivo describir y analizar la adquisición y transmisión de saberes y prácticas sobre la atención y cuidado de la salud durante la etapa de la menopausia y el climaterio en un grupo de mujeres urbanas. Asimismo, buscó analizar en qué medida el llamado proceso de medicalización se encontraba presente en dichos saberes y prácticas. Para cumplir con estos objetivos, la investigación estuvo centrada en el análisis de la trayectoria de atención que realizaron las ocho mujeres que conformaron el universo de estudio. Antes de presentar las conclusiones a las que arribó este análisis, describiré de manera general los principales contenidos que se revisaron a lo largo de la investigación.

En el primer capítulo titulado *Aproximaciones múltiples al fenómeno de la menopausia*, se presentó una revisión teórica de algunos de los enfoques a partir de los que se ha estudiado el proceso climatérico. Así desde las ciencias biomédicas se observó la centralidad que se le otorga a los cambios fisiológicos y hormonales, el denominado *síndrome climatérico*, que abarca manifestaciones como los bochornos, la resequedad vaginal, trastornos del sueño, problemas urinarios, cambios en el estado de ánimo, entre otros. En este ámbito, la menopausia es descrita a través de expresiones como deficiencia, pérdida, alteraciones y síntomas; características que han llevado a que la menopausia se considere como un estado de desequilibrio y/o enfermedad que por lo tanto puede medicarse. Al respecto, uno de los recursos de los que se dio cuenta a través de la literatura fue el tratamiento hormonal, así como las recomendaciones dirigidas al cambio de hábitos, la práctica rutinaria de ejercicios, la realización de exámenes médicos y terapéuticas provenientes de otros campos que pueden ser considerados como alternativos a la biomedicina, como es el caso de la acupuntura y la homeopatía; prácticas

terapéuticas que participan en la construcción de un modelo médico de atención a la menopausia y cuidado de la salud durante esta etapa de la vida.

Desde una perspectiva socio-antropológica, se mostró un acercamiento crítico a la medicalización de la menopausia, principalmente desde las corrientes teóricas feministas marcando el poder con el que el discurso biomédico norma la experiencia física y social de las mujeres. De igual manera, se presentaron investigaciones que consideraron en el análisis características específicas como el lugar de residencia, el estrato socioeconómico e incluso la preferencia sexual. Aunado a esto, se describieron otros fenómenos que se presentan durante la mediana edad y que impactan en la experiencia del proceso climatérico, como los cambios en la imagen corporal, la modificación de roles, la independencia de los hijos/as, la búsqueda de nuevas actividades y relaciones afectivas, la inestabilidad económica, por sólo citar algunos.

Debido a que mi interés estuvo centrado en los saberes y prácticas sobre el cuidado de la salud, recopilé una serie de investigaciones que dieron cuenta de la utilización de servicios de salud, conductas de autocuidado y la utilización de tratamientos complementarios y/o alternativos a la biomedicina. Asimismo, consideré necesario presentar trabajos que reflejaran la relación entre mujeres con respecto a la menopausia y el climaterio, ya que al principio de la investigación uno de mis supuestos analíticos fue considerar que existía una red de saberes y prácticas que las mujeres compartían, y que la madre era una figura central que aportaba referentes que determinaban los significados y acciones que las mujeres empleaban al momento de llegar la menopausia.

La *aproximación teórico- analítica*, segundo capítulo, establece como vía de acercamiento al proceso climatérico, los aportes que brinda la categoría de género como herramienta analítica que permite un mejor entendimiento de las condicionantes

socioculturales que se inscriben en el cuerpo sexuado de las mujeres y su medicalización durante la menopausia. Considerando este enfoque, la menopausia y el climaterio en esta investigación se entendieron como experiencias bio-psico-sociales determinadas por el género en un contexto y tiempo histórico específico.

De igual manera, recurrí a la antropología médica, como disciplina crítica que ha señalado el carácter hegemónico de la biomedicina sobre los conjuntos sociales y otras medicinas -como las llamadas medicinas alternativas y/o complementarias- para establecer un marco explicativo de los saberes y prácticas que emplearon las mujeres del grupo al analizarlos dentro de la categoría de trayectoria de atención, la cual describe una sucesión encadenada de hechos que buscan hacer frente a una problemática. Desde el campo de la antropología médica, pude construir un bagaje teórico y analítico que abrió la posibilidad de evidenciar nuevos significados y arreglos para la atención a las diversas manifestaciones físicas y psicológicas, así como las representaciones socioculturales asociadas al proceso climatérico.

El capítulo tres relata *la ruta metodológica* donde se establecieron los criterios de inclusión y exclusión a partir de los que fue seleccionado el grupo de mujeres que participaron en la investigación. El universo de estudio estuvo conformado por ocho mujeres de entre 46 y 53 años de edad habitantes de la Ciudad de México, todas pertenecientes a la clase media, con una formación académica a nivel de licenciatura, a excepción de dos quienes sólo cuentan con estudios de secundaria y de tercer grado de primaria, siendo también las únicas que no realizan un trabajo remunerado a diferencia de las demás que desempeñan actividades de secretariado, enfermería y docencia. La mayoría son mujeres casadas que viven con su esposo, hijos/as e incluso nietos/as, también se contó con la participación de una mujer divorciada y otra soltera sin hijos.

El capítulo cuatro describió *la experiencia de las mujeres entrevistadas sobre el cuidado de la salud durante la menopausia y el climaterio* a partir de los resultados obtenidos del trabajo de campo realizado durante noviembre del 2009 y enero del 2010, en el cual se privilegió el uso de la entrevista en profundidad. Este capítulo se dividió en tres apartados, el primero abordó los significados que las mujeres otorgaron a la experiencia de la menopausia y el climaterio; el segundo apartado presentó la trayectoria de atención del proceso climatérico en este grupo de mujeres a partir de los saberes etiológicos y diagnósticos; finalmente la tercera sección, describió los saberes y prácticas terapéuticas a las que recurrieron a lo largo de su trayectoria de búsqueda de atención.

Dentro de los resultados obtenidos, se encontró que en este grupo de mujeres la visión patologizante de la menopausia no estaba presente, ya que todas refirieron que era un hecho natural y/o normal. Sin embargo, al momento de relatar la vivencia de este proceso, algunas hicieron uso de expresiones como síntomas y/o trastornos, lo cual sugirió que pese a que las mujeres deseen significar su experiencia corporal en otros términos, dentro de su lenguaje persiste la impronta de la construcción biomédica de la menopausia. Este hallazgo nos muestra que aunque exista un rechazo a las expresiones y los estereotipos con los que se rodea a la menopausia, los cambios físicos y hormonales producidos no encuentran otra traducción.

En el capítulo uno se buscó reflexionar sobre la descripción de la menopausia como una enfermedad o como un evento natural, mostrando que ambos discursos pretenden revelar una "verdad". Al respecto, muchas ha sido las críticas a la visión médica patologizante, sin reparar que lo que acontece en salud de las mujeres no puede entenderse únicamente como "natural", sino a través del resultado de múltiples elementos en su trayectoria de vida, la experiencia subjetiva en el cuerpo, la edad, la clase social, el acceso a los servicios de salud, la satisfacción de necesidades personales, entre muchos

otros. La menopausia como un reajuste fisiológico y hormonal que impacta en la vida social, nos muestra la superposición continua de la dimensión biológica y cultural, siendo este un elemento a considerar en la dificultad que plantea la construcción de un discurso alternativo para describirla. Es por ello que en este trabajo se describió como una experiencia, intentando reflejar las diferentes maneras de vivir la menopausia y su posible sintomatología, así como el tránsito que esto representa en la construcción de una nueva etapa.

En este sentido, cuando indagué sobre los discursos y estigmas socioculturales que presentan a la menopausia como un momento de pérdidas -enfaticando la capacidad reproductiva- y expresiones peyorativas, en este grupo de mujeres dichas concepciones se juzgaron como antiguas o distantes, ya que consideraron que en este momento de la vida lo que se prioriza es la posibilidad de establecer nuevos objetivos, derivados de cambios estructurales en sus relaciones familiares, afectivas y laborales.

Es importante decir que las características de este grupo son cruciales para entender los recursos a partir de los que cada una ha intentado distanciarse del estigma con el que se describe a las mujeres que atraviesan esta etapa, pero también de los saberes y prácticas que han empleado durante toda su trayectoria de atención, ya que al ser habitantes de una zona urbana como la ciudad de México, existe una amplia convergencia de discursos y fuentes de información a las que ellas pudieron recurrir para significar el proceso que estaban experimentando.

Las principales manifestaciones físicas y psicológicas que se mencionaron en el grupo fueron: la irregularidad en el periodo menstrual siendo este el signo más característico del inicio del proceso climatérico. Al respecto, se describió la presencia de hemorragias (50%), periodos temporales de amenorrea (25%) y ausencia súbita del

periodo menstrual (25%), bochornos, calores y sudoraciones (75%), depresión y otras manifestaciones psicológicas como irritabilidad y ansiedad (62.5%), aumento de peso (62.5%), padecimientos óseos (37.5%), disminución de la libido (25%) y resequedad vaginal (25%).

Derivado de dichas manifestaciones físicas y psicológicas, todas recurrieron en algún momento a la consulta médica, siendo la mitad del grupo quien buscó esta atención desde el inicio del proceso climatérico. Es importante destacar que en el grupo operó una jerarquización de las manifestaciones físicas y psicológicas que fueron experimentándose, siendo éste uno de los motivos que condujo más tempranamente a la búsqueda de atención en el sector biomédico para determinar una causa y confirmar su autodiagnóstico, esto se vio de manera clara en aquellas mujeres que presentaron hemorragias (50%). Al respecto, hay que mencionar que el 87.5 % del grupo cuenta con seguro médico privado obtenido a través de su pareja o de su propio trabajo, hecho que facilitó el acceso al sistema biomédico de atención a la salud.

Otro hallazgo fue que los saberes y prácticas que las mujeres expresaron provenían fundamentalmente de la biomedicina, siendo transmitidos a través de la consulta médica, pero también, desde los diversos medios de comunicación a partir de anuncios farmacéuticos, programas de televisión, radio y literatura donde se abordaban distintas temáticas referentes a la salud desde esta perspectiva.

Asimismo, todas las informantes mencionaron haber recurrido a otras mujeres, como hermanas, amigas, compañeras de trabajo, y en menor medida a sus madre, para determinar la etiología y confirmar o descartar su autodiagnóstico de las manifestaciones así como las prácticas terapéuticas que posteriormente emplearon. La experiencia de sus madres fue un elemento importante para algunas entrevistadas al momento de resignificar

la idea que tenían de la menopausia y del cuerpo mismo, ya que consideraron las complicaciones físicas, así como las prácticas terapéuticas que ellas emplearon, otras dejaron ver una relación distante con ellas, consecuentemente, la menopausia no fue un tema que trataran en profundidad. Si bien el contacto con otras mujeres sirvió como referente para la comprensión del proceso climatérico, fue el saber biomédico el que se privilegió en este grupo.

Con relación a los saberes y prácticas terapéuticas, encontré nuevamente que los más utilizados son aquellos recursos que provienen del sector biomédico. Los tratamientos más recomendados en la consulta médica en el sector privado y público, fueron el cambio de hábitos de vida, la recomendación de una rutina diaria de ejercicios y la modificación de la dieta. Pero también, la prescripción de suplementos vitamínicos y medicamentos naturistas, evidenciando que los recursos terapéuticos que provienen de campos alternos a la medicina científica son en realidad complementarios a ésta.

A diferencia de lo que se suponía al inicio de esta investigación, se halló que la Terapia de Reemplazo Hormonal no era uno de los principales recursos utilizados por las entrevistadas, ya que sólo una de ellas mencionó utilizar un tratamiento hormonal (hormonas bio idénticas) que fue preescrito en un centro médico atendido por mujeres, que conoció a partir de la televisión e Internet. Como se describió en el capítulo cuatro, existieron dos mujeres más que mencionaron haber empleado fármacos hormonales para el tratamiento de la resequedad vaginal y para "conservar la juventud". Sin embargo, su uso no fue prolongado porque solucionaron su problema o porque no obtuvieron la eficacia terapéutica esperada.

Todas las mujeres del grupo a excepción de una, mencionaron conocer de la relación que la Terapia de Reemplazo hormonal tenía con el cáncer, situación que originó

temor para emplear este tratamiento. Éste fue el principal motivo de rechazo a esta terapéutica. Cabe señalar que este saber fue transmitido principalmente a través del contacto con otras mujeres, los medios de comunicación y por recomendaciones realizadas por personal médico que tomaba en cuenta los antecedentes de cáncer en la familia.

Los datos obtenidos a través en este estudio evidenciaron que la utilización de prácticas que provienen de sistemas médicos distintos a la alopata, se presentó de manera complementaria a los recursos de la biomedicina. Al respecto, se mencionó la utilización de algunos productos que provienen de la herbolaria (37.5%) principalmente tés, también se destacó la utilización de productos derivados de la soya (50%), como el tofu (37.5%), además de fitoestrógenos (12.5%) e isoflavonas (25%), los cuales, como se vio en el primer capítulo de esta investigación, también son preescritos desde el sector biomédico.

No obstante, en ningún caso las informantes recurrieron a ellos por prescripción médica sino a partir de la recomendación de otras mujeres. Asimismo, se mencionaron como prácticas para el cuidado del cuerpo en general, el uso de la acupuntura (12.5%) el yoga y la meditación (25%).

Uno de los principales hallazgos de la investigación fue que al revisar la trayectoria de atención del grupo seleccionado, se observó que si bien en la adquisición y/o transmisión de saberes y prácticas con respecto a la menopausia y el climaterio tenían un cierto grado de importancia las experiencias de otras mujeres, e incluso de la pareja y los hijos, era principalmente la biomedicina quien determinaba el significado que cada una de las entrevistadas atribuía a las manifestaciones físicas y psicológicas que experimentaba, así como a las terapéuticas a las que se adhería. El análisis de la trayectoria de atención

permitió visualizar que existe una simultaneidad en el uso de distintos modelos médicos. Como ha sido señalado por Menéndez (2003), esto evidencia la expansión y hegemonía del modelo médico alopático desde el que se realiza la prescripción de terapéuticas que pueden provenir de otros campos médicos, y que encuentran su validez a partir de la convergencia con la medicina científica.

La medicalización de la menopausia y el climaterio no sólo se produce a través de terapéuticas y saberes que provienen de la medicina hegemónica, sino también de las llamadas medicinas alternativas (en este caso, complementarias) que se convierten en objetos de comercialización en los medios de comunicación y se presentan como productos “naturales”, aunque en realidad sean diferentes formas de control del cuerpo de las mujeres en esta etapa de la vida.

De igual manera, el consumo excesivo de suplementos vitamínicos, los chequeos médicos innecesarios, la práctica compulsiva de ejercicio, son expresiones diversas de un fenómeno que estaría develando el proceso actual de medicalización de las mujeres pre y post menopáusicas. Éstas son, con la prolongación de la esperanza de vida, un nuevo núcleo de mercado para la industria farmacéutica, los seguros privados de salud y el mundo de la biomedicina, a partir de establecer una conciencia de la prevención en esta etapa de la vida.

Hallamos, por tanto, en las mujeres entrevistadas una internalización de este discurso respecto a la necesidad de utilizar frecuentemente los servicios médicos y solicitar medicamentos para tratar la menopausia con el objeto de evitar el “sufrimiento” que pueden causar algunas de las manifestaciones físicas que se producen en esta etapa, destacando igualmente, el término de “aguantar” que algunas de las entrevistadas mencionaron como una práctica que antecedió a la búsqueda de atención médica

terapéutica. El lenguaje técnico que demostraron algunas de las entrevistadas al hablar sobre la menopausia, igualmente participa de esta lógica, ya que incorporaban a su vocabulario mucha de la terminología y el discurso de la biomedicina para explicar su propia experiencia corporal y subjetiva.

Sin embargo, esta investigación permitió también observar la forma en que las mujeres entrevistadas experimentaban y resignificaban los discursos sociales y médicos existentes sobre la menopausia; a través de la trayectoria de atención relatada, las entrevistadas iban conformando una experiencia particular que, aunque se basaba sobre todo en los discursos que desde el sistema médico explicaban el proceso climatérico, también otorgaban una significación personal a los reajustes psicológicos, afectivos, corporales y sociales que ocurrían en sus vidas. El estar en contacto, entre otros factores, con toda una red de información en donde se incluía la experiencia de otras mujeres y los mensajes de los medios de comunicación, llevó a su vez a una revalorización de la mediana edad y a la ubicación del climaterio y la menopausia como eventos no patológicos, sugiriéndolas como situaciones transicionales que iban integrándose al acontecer de sus vidas.

Finalmente, este análisis participa en la construcción de conocimiento sobre una etapa que no deja de ser compleja, intentando señalar la importancia de considerar las diferencias biológicas, pero también las desigualdades sociales que se producen en el marco de un sistema tradicional de género. Asimismo, esta investigación invita a seguir estudiando la forma en la que el climaterio y la menopausia se significan en grupos de mujeres de características distintas, para poder sumar a la construcción de nuevos modelos de análisis de esta etapa de la vida.

Igualmente, buscó mostrar que a partir del análisis de la experiencia de las mujeres, pueden extraerse aspectos importantes sobre sus necesidades y preocupaciones que podrían ser considerados con el fin de mejorar el diseño y la implementación de programas y proyectos que deriven en políticas públicas. Al respecto, sigue siendo importante continuar con la incorporación del enfoque de género y la perspectiva intercultural en el sistema de salud y la capacitación de prestadores de servicios, además de la promoción de una relación horizontal en la atención médica, buscando favorecer la toma de decisiones de las mujeres a partir de un ejercicio de escucha y enriquecimiento mutuo.

BIBLIOGRAFÍA

Abernethy, Katy (1999) *Menopausia y hormonoterapia de reposición*. México, McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A de C.V.

Abrie, Jean-Claude (2001) *Prácticas sociales y representaciones*, México, Filosofía y cultura contemporánea.

Agee, Eve (2000) "Menopause and the transmission of women's knowledge: african american and white women's perspectives" en *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, Marzo, vol. 14, núm.1, pp. 73-95.

Aldana Calva, Evangelina (2007) "Prevalencia y características de los problemas sexuales en mujeres climatéricas. Estudio exploratorio", tesis de maestría, México, Maestría en psicología, UNAM.

AMEC (Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio, A.C.) (2003). "Comentario preliminar de la Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio, A.C. (AMEC) ante los resultados del Estudio Women's Health Initiative (WHI)", en *Revista Metabolismo óseo y mineral*, vol. 1, núm. 1, México, pp. 25-28.

Andolsek, Kathy (2004) "Hormone therapy" en Jo Ann, Rosenfeld, *Women's health in mid-life. A primary care guide*, UK, Cambridge University Press, pp.151-189.

Aranda Gallegos, Patricia (2005) "Saberes relacionados con el papanicolau y el cáncer cervicouterino: estudio con derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en Hermosillo, Sonora", tesis de doctorado, México, Doctorado en Antropología social, CIESAS.

Avis, Nancy E. (1999) "Women's health at midlife" en Sherry L. Williams y James D. Reid (eds.), *Life in the middle. Psychological and social development in middle age*, UK, Academy Press.

Barragán Solís, Anabella (2005) "La experiencia del dolor crónico", tesis de doctorado, México, Doctorado en Antropología social, CIESAS.

Bastías Arraigada, Elizabeth y Sanhueza Alvarado, Olivia (2004) "Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la comuna de Concepción, Chile" en *Ciencia y enfermería*, vol. X (I), Concepción, Chile, pp.41-56.

Barreira M., Eduardo; Delezé H., Margarita; Morales T., Jorge (2000) "Pérdida de masa ósea durante el climaterio" en *Revista de endocrinología y nutrición*, México, Vol. 8, No. 4, pp.43-47.

Berenzon Gora, Shoshana; Ito Sugiyama, Emily y Vargas Guadarrama, Luis A. (2006) "Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapeutas tradicionales en la Ciudad de México" en *Salud Pública de México*, vol. 48, no. 1, Enero-Febrero, pp.45-56.

Beyene, Yewoubdar (1985) *An ethnography of menopause: menopausal experiences of Mayan women in a Yucatan village*. Ed. University microfilms international.

Brett, Jeniffer (2008) "Chaste tree: herbal remedies", <http://health.howstuffworks.com/chaste-tree-herbal-remedies.htm>

Brockie, Jan (2004) "Alternative approaches to the menopause" en *Reviews in gynaecological practice*, vol. 5, pp. 1-7.

Bordo, Susan (2001) "El feminismo, la cultura occidental y el cuerpo" en *La Ventana, Revista de estudios de género*, No. 14, pp. 7-81.

Burin, Mabel (1990) *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. México, Paidós.

Burin, Mabel (1987) "La queja cotidiana: una forma de controversia femenina (y sus destinos posibles)" en *Estudios sobre la subjetividad femenina*, Argentina, Grupo Editorial Latinoamericano, pp. 293-308.

Bühning Malte y Saz Pablo (1998) *Introducción a la medicina naturista*, España, Paidós.

Campos Thomas, Tania H. (2002) "Antropología médica: contextos, textos y pretextos. Propuesta teórico-metodológica para el estudio de sistemas etiológico-terapéuticos coexistentes", tesis de maestría, México, Maestría en antropología, UNAM.

Cardaci, Dora (1999) "El enfoque de la salud desde el género" en *Revista Mujer y Salud*, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), Núm. 3-4, pp.72-78

Cardaci, Dora y Sánchez Bringas, Ángeles (2007) "¿Cómo es mi cuerpo ahorita? Enfoque biomédico y la construcción social de la gestación" en *Zona Franca*, revista del Centro de Estudios Interdisciplinarios sobre las mujeres Facultad de Humanidades y Artes, Año XV, Núm. 16, Mayo 2007, pp. 3-14.

Carranza Lira, Sebastián (2003) *Atención integral del climaterio*, México, Ediciones Masson Doyma México, S.A.

Carreño, Dolly (1990) "Una crisis vital en la mujer: la edad madura" en Mabel Burin, *Estudios sobre la subjetividad femenina*, GEL, Buenos Aires.

Castro, Roberto; Eroza, Enrique; Orozco, Emanuel; Manca, María Cristina (1996) "Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar" en *Salud Pública de México*, Vol. 39, núm. 1, enero-febrero, pp.32-43.

CONAPO (2010) "En 2010, la esperanza de vida de los mexicanos es de 75 años" en *CONAPO Boletín*, No.5, México, CONAPO, SEGOB, pp. 1-2.

_____ (2008) "Esperanza de vida por entidad federativa según sexo, 2004 a 2008" en *Indicadores demográficos básicos 1990-2030*. www.conapo.gob.mx

De Barbieri, Teresita (1996) "Certezas y malos entendidos sobre la categoría género" en Laura Gúzman Stein y Gil Pacheco Oreamundo (comps.) *Estudios básicos de derechos humanos IV*. Instituto Interamericano de derechos humanos/ Comisión de la Unión Europea, San José de Costa Rica, pp. 46 de Costa Rica, pp. 48-81.

Denman, Catalina A. (2008) *Mujeres, maquila y embarazo. Prácticas de atención de madres trabajadoras en Nogales, Sonora, México*, Hermosillo, Sonora, COLSON.

Dickson, Geri L. (1993) "Metaphors of menopause: the metalanguage of menopause research" en J.C. Callahan (ed.), *Menopause: A midlife passage*, Bloomington: Indiana University Press, pp. 36-58.

Dillaway, Heather E. (2007) "Am I similar to my mother? How women make sense of menopause using family background" en *Women & Health*, vol. 46, núm. 1, pp.79-97.

Douglas, Mary (1973) *Símbolos naturales. Exploraciones en cosmología*, Alianza, Madrid.

Engelhardt Tristan H., (1995) *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona, Editorial Paidós.

- Ettorre, Elizabeth (1996) "Cuáles pueden ser las dependencias de la mujer?" en Sue, Wilkinson y Celia, Kitzinger *Mujer y Salud. Una perspectiva feminista*, España, Paidós.
- Elejabarrieta, Francisco. (1991) "Las representaciones sociales" en Agustín Echeverría, *Psicología social sociocognoscitiva*. Bilbao, España, Desclee de Mowwer Editorial.
- Fernández, Alicia (1992) *La sexualidad atrapada de la señorita maestra. Una lectura psicopedagógica del ser mujer, la corporeidad y el aprendizaje*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Flores Migueles, Rocío (1994) "Terapias naturales para el cuidado de la menopausia" en *Terapias alternativas multiculturales II*, México, UAM-X.
- Foucault, Michel (1986) *Historia de la sexualidad. El uso de los placeres*, Vol. 2, México, Siglo XXI Editores.
- Freedman, RR. (2008) "Los mejores tratamientos actuales de los bochornos" en *Revista del climaterio*, Mayo-Junio, vol. 11, núm. 64, México, pp.176-184.
- Freidson, Eliot. (1978). *La Profesión Médica*. Ediciones Península. Barcelona.
- Gadamer, Hans (1999). *Verdad y método*, Editorial Sígueme, España, Salamanca.
- García Pérez, Luz María (2003) "Vivencias y percepciones de mujeres zapotecas en torno a la menopausia" tesis de maestría, México, maestría en estudios de la mujer, UAM-X.
- Geist, Ingrid (2002). *Antropología del ritual. Victor Turner*, México, INAH-ENAH.
- Gil Montes, Verónica (2004) *Éthos médico. Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México*, México, UAM-Xochimilco.
- Ginsburg, Faye D; Rapp, Rayna (1991) "The Politics of reproduction" en *Annual Review of Anthropology*, No. 20, pp. 311-343.
- Giraud, Nanci; Dreyer, Claudia; Bakalar, Karina; Discacciati, Vilda (2003) "¿Qué les pasa a las mujeres en la menopausia?" en *Nexo. Revista del hospital italiano de Buenos Aires, Argentina*, Vol. 23 (1), pp. 3-10.
- Goffman, Erving (1972) *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Gollschewski, Sara; Kitton, Simon; Anderson, Debra; Lyons-Wall, Philippa (2008) "Women's perceptions and beliefs about the use of complementary and alternative medicines during menopause" en *Complementary therapies in medicine*, vol. 16, Australia, pp. 163-168.
- Gómez, Adriana (1994) "Hablemos de menopausia", Asociación Colimense de Universitarios, Colima, México en *Revista Géneros*, vol. 2, núm. 4.
- González Gutiérrez, Andrea Gabriela (2008) "Coexistencia de discursos sociales y experiencias de mujeres en la Ciudad de México" tesis de doctorado, México, doctorado en ciencias sociales, área de concentración: mujer y relaciones de género, UAM-X.
- Greer, Germaine (2000) *La mujer completa*, Barcelona, Editorial Kairós, S.A.
- Gronseth, Evangeline C. (1990) "Directions for menopause research" en Marcha Flint, Fredi Kronenberg y Wulf Utian (eds.), *Multidisciplinary perspectives on menopause*, Annals of the New York Academy of sciences, vol. 592, pp. 426-427.

- Guttuso, T Jr.; Kurlan, R. (2008) "Efectos de la gabapentina en los bochornos que experimentan las mujeres posmenopáusicas" en *Revista del climaterio*, México, Vol. 11, No. 64, pp.165-175.
- Harding, Sandra (2002) "¿Existe un método feminista?" en Eli Bartra (comp.) *Debates en torno a una metodología feminista*, México, PUEG-UNAM/UAM-X, 2ª. ed., pp. 9-34.
- Haraway, Donna J., (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza*, Madrid. Cátedra-Universidad de Valencia
- INEGI (2006) *Mujeres y Hombres*, 10ª edición, México.
- ____ (2001) *Indicadores sociodemográficos de México (1930-2000)*, México, INEGI.
- IAAM- DF (Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal) (2008) *Programa institucional 2008-2012*, SEDESOL, IAAM-DF, México.
- Kleinman, Arthur. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. University of California Press. Berkeley, USA.
- Komersaroff, Paul A., Rothfield, Philipa, y Daly, Jeanne (1997) "Mapping menopause: objectivity or multiplicity?" en Paul A. Komersaroff; Philipa Rothfield; Jeanne Daly (eds.) *Reinterpreting menopause. Cultural and philosophical issues*, New York, Routledge, pp.3-17.
- Langer, Ana y Rico, Blanca (2003) "Una iniciativa integral para responder a necesidades complejas" en Paz López, Blanca Rico, Ana Langer, Guadalupe Espinosa (comps.), *Género y política en salud*, México, Secretaría de Salud.
- Latorre Medina, María y Blanco Encomienda, Francisco (2007) "Algunos conceptos clave en torno a las creencias de los docentes en formación" en *Docencia e Investigación: revista de la Escuela Universitaria de Magisterio de Toledo*, año 32, núm. 17, pp.147-170.
- Légaré, France; Stacey, Dawn; Dodin, Sylvie; O'Connor, Annette; Richer, Monique; LeBlanc, Annie; Rousseau, Jean; Tapp, Sylvie (2007) "Women's decision making about the use of natural health products at menopause: a needs assessment and patient decision aid" en *The journal of alternative and complementary medicine*, vol. 13, núm. 7, Québec, Canada, pp.741-749.
- López Sánchez, Oliva (1998) *Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México*, México, Plaza y Valdés.
- Lock, Margaret (1993) "The politics of Mid-Life and Menopause: Ideologies for the Second Sex in North America and Japan" en Shirley Lindenbaum and Margaret Lock (eds.). *Knowledge, Power and Practice*. University of California Press. 1993, pp. 330-363.
- Lozaya, Xavier (1986) "La herbolaria medicinal en México" en Xavier Lozaya y Carlos Zolla (eds.) *La medicina invisible*, México, Folios editores, pp.257-279.
- Lyons, Antonia C. y Griffin, Christine (2003) "Managing menopause: a qualitative analysis of self-help literature for women at midlife" en *Social Science and Medicine*, No. 53, pp. 1629-1642.
- Madden Arias, Rose Mary e Hidalgo Solís, Ana Lorena (2004) "Menopausia: una nueva forma de neocolonialismo Ideológico y económico" en *Medicina legal*, Costa Rica, Marzo, Vol.21, No.1.
- Malacara, Juan Manuel (2003) "Menopausia: nuevas evidencias, nuevos enigmas" en *Revista de endocrinología y nutrición*, vol. 1, núm. 2, México, pp.61-72.

Martínez Garduño, María Dolores; Escobar Chávez, Teresita de Jesús; Soriano Reyes, Catalina (2008) "Autocuidado de mujeres en etapa de menopausia en Toluca, México" en *Escuela Anna Nery Revista de Enfermería*, Marzo, vol. 12, núm. 1, Rio de Janeiro, pp.63-67.

Martínez Salgado, Carolina (1993) *Sobrevivir Malinalco. La salud al margen de la medicina*, México, COLMEX: UAM-X.

McCrea, Frances B. (2004) "The politics of menopause: the "Discovery" of a deficiency disease" en Arthur L. Caplan; James J. McCartney; Dominic A. Sisti (eds.) *Health, disease and illness. Concepts in medicine*, Washington, D.C, Georgetown University Press.

Menéndez, Eduardo L. (2004) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas" en Hugo Spinelli (comp.) *Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*, México, Lugar editorial.

_____. (1994) "La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?" en *Alteridades*, núm. 7, UAM-Iztapalapa, pp.71-83.

_____. (1990) *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, Cuadernos de la Casa Chata, CIESAS.

_____. (1990) *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*, México, Alianza Editorial.

_____. (1984) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, CIESAS, México.

_____. (1982) "La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud" en Cuadernos medico sociales núm. 21, Centro de estudios sanitarios y sociales, Rosario, Argentina, pp.25-41.

_____. (1981) *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, México, CIESAS, Ediciones de la Casa Chata, núm.13.

Menéndez, Eduardo L. y Renee B. Di Pardo (1996) *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Alienación, enfermedad o cuestionamiento*, México, Colección Miguel Othón de Mendizábal, CIESAS.

Michel, Joanna L; Mahady, Gail B.; Veliz, Mario; Soejarto, Doel D.; Caceres, Armando (2006) "Symptoms, attitudes and treatment choices surrounding menopause among the Q'eqchi Maya Livingston, Guatemala" en *Social, Science & Medicine*, vol. 63, pp. 732-742.

Monterrosa Castro, Álvaro (2005) "¿Qué hacer en la atención primaria de la mujer en menopausia y climaterio?" en *MedUNAB*, Septiembre, vol. 8, núm. 2, Bucaramanga, Colombia, pp.137-145.

Mora, Orlando A. (1996) "Aspectos fisiológicos del climaterio y de la menopausia", en Juan, Fernández (coord.), *Varones y Mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*, Madrid, Ed. Pirámide, pp. 271-283

Morgan Zeserson, Jan (2001) "How japanese woman talk about hot flushes: implications for menopause research" en *Medical Anthropology Quarterly*; vol. 15, no. 2, Junio, pp.189-205.

Moscovici, Sergei (1961) *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Huemul Editorial.

Murtagh, Madeleine J. y Hepworth, Julie (2003) "Feminist ethics and menopause: autonomy and decision-making in primary medical care" en *Social Science & Medicine*, vol. 56, pp.1643-1652.

Nacional Center of Complementary and Alternative Medicine (2002) *What is Complementary and Alternative Medicine (CAM)?*; www.nccam.nih.gov/health/whaticam/index.htm; Noviembre 2010.

Nicholson, Linda (2003) "La interpretación del concepto género" en Silvia Tubert (ed.) *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*, Madrid, Ediciones Cátedra/Universitat de Valencia/Instituto de la Mujer, pp. 47-81.

Ojeda, Linda (2006) *Menopausia sin medicina: más allá del mito, sexo, dieta y salud*, Barcelona, Paidós.

Organización Mundial de la Salud (2002) *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*, Ginebra.

Ortega Canto, Judith Elena (1999) "Proceso reproductivo femenino: saberes, géneros y generaciones en una comunidad maya de Yucatán" tesis de doctorado, Michoacán, Doctorado en ciencias sociales, Colegio de Michoacán

Ortiz Gómez, Teresa (2006) *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Ediciones KRK, Oviedo.

Osmers, R.; Friede, M.; Liske, E.; Schnitker, J.; Freudenstein, J.; Henneicke-von Zepelin, H.H. (2005) "El cohosh negro alivia los síntomas menopáusicos en las mujeres posmenopáusicas tempranas" en *Revista del climaterio. Medicina integral para la mujer*, Julio-Agosto, vol. 08, núm. 47, México, pp.226-227.

Osorio Carranza, Rosa María (2001) *Entender y atender la enfermedad. los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, CIESAS: INAH: INI.

Pedersen, Duncan "Curanderos, divinidades, santos y doctores. Elementos para el análisis de los sistemas médicos", en *América Indígena*. Vol. XLIX. (4.), México, Instituto Nacional Interamericano., pp. 635-664.

Pelcastre Villafuerte, Blanca Estela (2005) "Tu incapacidad de ser mujer...La menopausia y su representación" en Marta, Torres Falcón (comp.), *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, México, COLMEX, pp.129-169.

_____ (2003) "La menopausia y sus consecuencias en la salud reproductiva" en Mario, Bronfman y Catalina, Denman (eds.) *Salud reproductiva. Temas y debates*. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.

Pérez García, Jesús Orlando (2003) "Causas de abandono de la Terapia de Reemplazo Hormonal en el Hospital de la Mujer, S.S.A." Tesis de Especialidad, México, Especialidad en Ginecología y Obstetricia, UNAM.

Preciado, Beatriz (2008) *Testo yonqui*, España, Editorial Espasa Calpe, S.A.

Pubill Soler, Josep (2001) "Indicación de la histerectomía por mioma en la mujer menopáusica" en *Ginecología clínica y quirúrgica*, España, Vol. 2, No. 1, pp. 9-15.

Ramírez, Michelle (2006) "Manufacturing heterosexuality: hormone replacement therapy and menopause in urban Oaxaca" en *Culture, health and sexuality*, Nov-Dic, vol. 8, núm. 6, Oregon, USA, pp. 545-558.

Ratcliffe, John W. Y González Del Valle, A. (2000) "El rigor en la investigación de la salud: hacia un desarrollo conceptual" en *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, Catalina Denman y J. Haro, México, El Colegio de Sonora, pp.57-111.

- Rosales Mendoza, Adriana Leona (2005) "Discursos médicos y creencias sobre la sexualidad en el climaterio: Mujeres en Cancún, Quintana Roo" en Marta, Torres Falcón (comp.), *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, México, COLMEX, pp.171-200.
- Ruiz, Isabel y Bermejo, María José (2004) "Conocimiento de las mujeres menopáusicas respecto a la terapia hormonal sustitutiva" en *Gaceta Sanitaria*, España, Vol. 18, No. 1, pp. 32-37.
- Sánchez Zelaschi, Silvia (2003) "El abordaje social y cultural de la menopausia. Aportes para la reflexión en programas de cooperación y trabajo comunitario. Experiencias en Brasil y Argentina" en *Quadern CAPS*, No. 31, pp. 85-89.
- Saks Mike (2002) "Oriente converge con occidente" en Roy, Porter (asesor ed.), *La historia de la curación: de las tradiciones antiguas a las prácticas modernas*, Madrid, Ed. Lisma.
- Scott, Joan W. (2001) "La experiencia" en *La Ventana. Revista de estudios de género*, núm. 13, pp. 42-73.
- Sempere Pérez, J; Mouriño Sánchez, C; Gonzáles Hidalgo, M. (1998) "Menopausia y depresión" en *Revista Psiquiatría Pública*, Madrid, Vol. 10, No. 4., pp. 1-2.
- Sendón de León, Victoria "¿Qué es el feminismo de la diferencia? en Victoria Sendón de León, *Marcar las diferencias. Discursos feministas ante un nuevo siglo*, Barcelona, Icaria, 2002, pp.11-48.
- Taylor, S. Bogdan, R. (1992) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona, Paidós.
- Tomas y Garrido, Gloria María (2005) *La bioética: un compromiso existencial y científico. 1. Fundamentación y reflexiones*. España, Universidad Católica de San Antonio, Quaderna Editorial.
- Turner, Victor (2002) "Del ritual al teatro" en Ingrid Geist (comp.) *Antropología del ritual*, Victor Turner, México, INAH-ENAH.
- Urdinola, Jaime (2005) "Productos no hormonales o naturales para el manejo de los síntomas vasomotores de la menopausia" en *MedUNAB*, Agosto, vol. 8, núm. 2, Bucaramanga, Colombia, pp.89-94
- Valentini, Hélène y O'Neill, Michel (2004) "Potencial y limitaciones de las redes en el sector de la salud y del bienestar: el ejemplo de la Red Quebequense de Ciudades y Municipios Saludables (RQCMS)" en *IUHPE-Promotion & Education*, vol. 11, núm. 4, pp.248-253.
- Velasco-Murillo, Vitelio; (2007) "Conocimientos, experiencias y conductas durante el climaterio y la menopausia en las usuarias de los servicios de medicina familiar del IMSS" en *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol.45, núm. 6, México, pp.549-556.
- Vera, José Luis (2002) *Las andanzas del caballero inexistente. Reflexiones en torno al cuerpo y la antropología física*, México, Centro de Estudios Filosóficos, Políticos y Sociales Vicente Lombardo Toledano.
- Walker Evans, Dilys; Hernández Prado, Bernardo; Suárez López, Leticia (2003) "Menopausia" en Ana María, Chávez Galindo; Patricia, Uribe Zúñiga; Yolanda, Palma Cabrera (coords.) *La salud reproductiva en México. Análisis de la encuesta de salud reproductiva 2003*, México, Secretaría de Salud: UNAM.
- Wei Leng, Kwok (1997) "Menopause and the great divide: biomedicine, feminism and Cyborg politics" en Paul A. Komersaroff; Philipa Rothfield; Jeanne Daly (eds.) *Reinterpreting menopause. Cultural and philosophical issues*, New York, Routledge

West, Candance y Zimmerman, Don H. (1999) "Haciendo género" en Marysa Navarro y Catherine R. Stimpson, (comps.) *Sexualidad, género y roles sexuales*, Buenos Aires, FCE, pp.109-143.

Wilkinson, Sue; Kitzinger, Celia (1996) *Mujer y Salud. Una perspectiva feminista*, España, Paidós.

Young, Allan (1982) "The Anthropology of illness and sickness" , en *Annual Review of Anthropology*, No. 11, pp. 257-85.

Zacarias C., Rogelio y Reza A., Alfredo (2006) "Osteoporosis en la menopausia. Consideraciones fisiopatológicas" en *Revista de endocrinología y nutrición*, México, Vol. 14, No. 3, pp. 156-158.

Zárate, Arturo y Saucedo, Renata (2003) "Controversia sobre el manejo de la osteopenia" en *Acta médica. Grupo Ángeles*, México, Vol. 1, No. 4, Octubre-Diciembre, pp. 241-242.

Zúñiga, Elena y Vega, Daniel (2004) *Envejecimiento de la Población de México: reto del siglo XXI*, CONAPO, México.

Zúñiga Gonzáles, S; Galindo Enríquez, E; Pérez Rodríguez, P. (2004) "Densidad ósea en mujeres postmenopáusicas en una muestra de población del norte de México" en *Revista de endocrinología y nutrición*, México, Vol. 12, No. 2, Abril-Junio, pp.69-72.

Zolla, Carlos y Carrillo, Ana María (1998) "Mujeres, saberes médicos e institucionalización" en Juan Guillermo, Figueroa Perea (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, COLMEX: Programa de salud reproductiva y sociedad del centro de estudios demográficos y urbanos.