T
794

100623

00623

ARCHIVO HISTORICO

Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

MENOPAUSIA: COEXISTENCIA DE DISCURSOS SOCIALES Y EXPERIENCIAS DE MUJERES EN LA CIUDAD DE MÉXICO

T E S I S
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES
CON ESPECIALIDAD EN MUJER Y RELACIONES DE GÉNERO

P R E S E N T A

ANDREA GABRIELA GONZÁLEZ GUTIÉRREZ

DIRECTORA DE TESIS

DRA. HUMBELINDA LOYDEN SOSA

México, D. F. Diciembre, 2008

ARCHIVO HISTORICO

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, por haberme dado acceso a la Casa Abierta al Tiempo.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) por haberme aceptado como becaria en el doctorado de ciencias sociales.

Al destacado grupo de sinodales que conformaron el jurado: Dra. Ángeles Sánchez Bringas, Dra. Sonia Comboni Salinas, Dra. Marta Torres Falcón, Dra. Elvira Hernández Carballido, Dra. Ana Lau Jaiven, Dra. Sonia Dávila Poblete y muy especialmente a mi directora de tesis, la Dra. Humbelina Loyden Sosa, por su generosidad y enorme paciencia.

A las mujeres que tan amablemente participaron en las entrevistas realizadas para esta investigación y que me abrieron no sólo las puertas de sus hogares y oficinas, sino también de sus vidas.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a toda mi familia, en particular a mi madre y a mi hija:

Amanda Sofía

A mis amigas y amigos por su apoyo incondicional, afecto y cariño.

A quienes están ausentes pero que aún viven en mi corazón.

APOGEO
Gioconda Belli

SABOR A VENDIMIA

Recuerdo el terror de las primeras arrugas.
Pensar, ahora sí. Ya me llegó la hora.
Las líneas de la risa marcadas sobre mi cara
Aun en medio de la más absoluta seriedad
Yo, frente al espejo,
Intentando disolverlas con mis manos
Alisándome las mejillas, una y otra vez,
sin resultados.
Luego fue la mirada furtiva de mi reflejo
en los escaparates.
Preguntarme si la luz del día las haría más evidentes,
Si el que me observaba desde la acera
estaría censurando mi incapacidad de mantenerme joven,
incólumne ante el paso del tiempo.
Viví esas primeras marcas de la edad
Con la vergüenza de quien ha fallado.
Como una estudiante que reprueba el examen
y debe caminar por la calle
Con las malas notas expuestas ante todos.

Las mujeres nos sentimos culpables de envejecer,
como si pasada la juventud de la belleza,
apenas nos quedara qué ofrecer,
y debiéramos hacer mutis,
salir y dejar espacio a las jóvenes,
a los rostros y cuerpos inocentes
que aún no han cometido el pecado
de vivir más allá de los treinta o los cuarenta.

No sé cuándo dispuse rebelarme.
No aceptar que sólo se me condicionaran como válidos
los diez o veinte años con piel de manzana;
sentirme orgullosa de las señales
de mi madurez.

Ahora, gracias a estos razonamientos
cada vez me detengo menos frente al espejo.
Paso por alto la aparición de las inevitables
líneas en el mapa de vida del rostro.
Después de todo, el alma, afortunadamente
Es como el vino. Que me beba quien me ame,
que me saboree.

Í N D I C E

Introducción.....7

I. Diferencia sexual, feminismo y menopausia.....32
1. La teoría de la diferencia sexual y su crítica al orden simbólico.....32
2. La diferencia sexual como categoría de análisis y las implicaciones de ésta en la menopausia.....46
3. Diversidad socio-cultural de la menopausia.....50
4. Algunos planteamientos feministas acerca de la menopausia.....59
Conclusión.....70

II. Discurso médico sobre la menopausia.....73
1. Historia de la menopausia en la medicina.....73
2. Definición médica de la menopausia.....78
3. Manifestaciones clínicas más frecuentes en la menopausia.....79
4. El feminismo frente al tratamiento hormonal sustitutivo.....87
Conclusión.....94

III. Cuerpo y sexualidad en la menopausia.....96
1. Algunas nociones acerca de la sexualidad.....100
2. La sexualidad en la menopausia.....103
3. Las disfunciones sexuales en la menopausia.....106
Conclusión.....111

IV. Cambios socio-demográficos y menopausia.....113
1. Envejecimiento demográfico.....113
2. Aumento de la esperanza de vida y menopausia.....118
3. Menopausia y calidad de vida.....123
Conclusión.....129

V. La experiencia de las mujeres entrevistadas.....132
1. Perfil de las mujeres entrevistadas.....133
2. El significado que le dan a la menopausia.....148
3. Cambios corporales experimentados con la menopausia.....155
4. Experiencia con el tratamiento hormonal sustitutivo.....163
5. Experiencia y práctica sexual de las mujeres entrevistadas.....168
6. Envejecimiento y discriminación por edad.....177
7. Seguridad social en la mediana edad.....184
8. Proyectos de superación personal en las mujeres entrevistadas.....189

Conclusiones.....194

Bibliografía.....215

Anexos.....229

1. Procedimiento para llevar a cabo las entrevistas.....230

2. Guía de entrevista.....232

Introducción

El interés por el tema de la menopausia tiene sus raíces en la búsqueda de explicaciones acerca de las formas de regulación y control del cuerpo de la mujer en la sociedad mexicana. Como casi todos los proyectos, atrás hay una historia personal que me induce a la búsqueda de conocimientos y formas alternativas de vivir mejor el propio cuerpo.

Después de algunas experiencias corporales propias a través de diversos cursos sobre desarrollo humano y expresión corporal, me incliné por los estudios de la mujer y de género para poder comprender y distinguir por qué ciertas experiencias corporales (la sexualidad, la reproducción biológica, la crianza, los cambios hormonales, etc.), son distintas en hombres y mujeres. A lo largo de la vida, el cuerpo de la mujer cambia, está sujeto a periodos, a ritmos. Por sus orificios emanan sangre, leche, flujo y por su potencialidad gestante, puede parir. Estas vicisitudes del cuerpo femenino no están ligadas sólo a la biología, aunque ésta no pueda soslayarse. Los distintos momentos de la fisiología femenina: menarquia, vida sexual, reproducción y menopausia, describen lo que Elina Carril denomina: "El cuerpo en espera".

> "La niña "sabe" que su cuerpo va a cambiar: la menarquia representa para ella un acontecimiento de gran importancia y aunque no lo entienda cabalmente, significa que ya adquirió la madurez biológica necesaria para procrear y...espera. La mujer que queda embarazada sabe que su cuerpo va a cambiar y...espera. La mujer madura sabe que si cruzó la valla de los 45, el climaterio se avecina. El cuerpo de la mujer, está ahí, siempre presente, sangrando, drenando, pariendo y agotándose. Pero desde niña, esperando." (Carril, 2002)

Ciertamente los cambios corporales que se suscitan en el cuerpo de la mujer como la menstruación, la sexualidad o la menopausia, no circulan ya por pasillos secretos, misteriosos e interdictos; por el contrario, todo ahora es visible, lo cual no significa que se vivan exentos de conflictos. En las últimas décadas se

ha intentado interpretar el impacto que los cambios corporales tienen en la subjetividad femenina, reconstruyendo las líneas ideológicas con las que ha sido pensada y reconstruyendo en su lugar, nuevas teorías de conocimientos, que incluye entre otras categorias de análisis, al género (Ehrenreich, B. y English, D. 1980 y 1990; Cardaci, 1980; Castro, 2000, entre otros)

En el trabajo directo con mujeres se escucha un constante hablar del cuerpo, una preocupación por "el qué vendrá ahora", una relación particular e intensa de las mujeres con su fisiología, en un gradiente que va de aceptación gozosa al polo extremo del conflicto. ¿Será la menstruación o la menopausia la respuesta a muchos estados de ánimo o cambios abruptos en la mujer? Esta preocupación o incertidumbre no está en consonancia con lo que las mujeres saben, ni ligada al mayor caudal de información disponible sobre su cuerpo. Viene de un discurso sobre lo femenino, construido por la religión, la medicina o la filosofía, que durante siglos han descrito el cuerpo de la mujer, sus padeceres y sentires. Explícitos o implícitos estos discursos producen subjetividad. Tales discursos también tienen "entre mujeres", una vía efectiva de transmisión.

A lo largo de la historia de la cultura occidental, la fisiología de las mujeres ha sido un tema indecoroso. Sin embargo, en el siglo XIX y parte del siglo XX la anatomía de las mujeres, perturbaba aún más a los hombres de ciencia. Dice Barrán que los procesos de la vida de la mujer eran de por sí enfermedades, para la ciencia de esa época. El saber médico, sostiene Barrán: "...no sólo creó una imagen de lo que biológicamente era el cuerpo femenino sino que cuando ese ser no era, procuró moldearlo, incluso quirúrgicamente, para que coincidiera con la imagen" (Barrán, 1995)

La perspectiva a la que se refiere Barrán concibe la feminidad, la masculinidad o la sexualidad, en términos universales, como categorías transhistóricas, producto de una supuesta "esencia", y no como lo que son:

construcciones teóricas surgidas en determinado momento histórico y en una cultura dada. No hay entonces una feminidad o masculinidad, o un único sentido de varón o mujer, pero todos lo tenemos y en su construcción intervienen el género y la anatomía ligados a la perspectiva de sí de cada persona.

Las imágenes y representaciones sociales del cuerpo femenino están modeladas y construidas a partir del poder de las instituciones de lo simbólico, que a través de mitos sociales y creencias, imperativos y teorizaciones impregnan las representaciones del cuerpo. La diferencia sexual anatómica, marca un grado diferencial profundamente marcado por la significación que la sociedad le impone a tal diferencia y a las posiciones que varones y mujeres ocupan en la misma sociedad (Bourdieu, 2000). Existe un cuerpo material, real y existen muchos discursos acerca de lo que el cuerpo es y que van produciendo un cuerpo singular. En ese sentido, la anatomía femenina aparece atravesada por la cultura y como dice Thomas Laqueur: el clítoris y la vagina, son metáforas culturales de la biología (Laqueur, 1994) El destino no será entonces ineludible, eterno e inmodificable y en tanto estas significaciones cambian de acuerdo al momento histórico, las mujeres tienen la posibilidad de subvertir el orden disciplinario al que se ha visto sometido su cuerpo.

Han sido los cambios sociales quienes han posibilitado que se fueran constituyendo los diferentes campos disciplinarios y han sido también, esos cambios sociales, los que han ampliado el campo de visibilidad de la ciencia. Lo que no era visible, no lo era por inexistencia, sino por la propia estructuración del campo de un cuerpo disciplinario y de una ciencia dominada por el positivismo. En ese sentido, no habrá que buscar en el destino biológico las razones para comprender de qué manera, ese cuerpo enfermo de mujer mudó a otro, sino advertir que al haber cambiado la mirada, cambió por lo tanto el saber.

La teoría social feminista es la que mayores aportes ha hecho para cambiar no sólo esa mirada sino la condición y el lugar de la mujer en la sociedad actual. A lo largo de su historia, el pensamiento feminista -como todo conocimiento- se ha ido transformando y al interior mismo de éste se encuentran divergencias acerca del cuerpo. Para las feministas de la igualdad, biología no es destino. Por el contrario, se trata de luchar por eliminar las diferencias socialmente construidas, pues esas diferencias fortalecen la exclusión y opresión de las mujeres cuando el objetivo es la igualdad con los varones. Las raíces del feminismo de la igualdad las encontramos en el pensamiento de la ilustración y el concepto de universalidad. Esta corriente, entonces, pondrá el acento en las estructuras racionales comunes a todos los sujetos y exigirá que toda norma pueda ser universalizada. El feminismo de la igualdad es la crítica que intenta extremar los estandartes de la burguesía revolucionaria de fines del siglo XVIII que pregonaba la libertad, la igualdad y la fraternidad que proclama la Declaración Universal de los Derechos del Hombre (Rivera, 1994)

Por su parte, el feminismo de la diferencia plantea que la simbolización de los datos morfológicos de la diferencia de los sexos, se hizo bajo una mirada jerárquica que privilegia al cuerpo masculino en detrimento del femenino. Desde esta perspectiva, toda lucha por la igualdad será catalogada de asimilar un orden androcéntrico. (Irigaray, 1978; Braidotti, 1991;) En ese sentido las feministas de la diferencia propugnan por una nueva interpretación revalorizada de la feminidad, intrínseca al ser mujer. Aún con múltiples matices entre diversas autoras y tendencias (Irigaray, 1992; Rivera, 1994; Braidotti, 2000; Sendón, 2002) las feministas de la diferencia sostienen en común que la liberación de las mujeres depende de la creación y el desarrollo de una contracultura femenina.

La teoría de géneros también ha contribuido enormemente a deconstruir la supuesta base biológica de los comportamientos femenino y masculino y, por lo tanto, a afirmar que el género es construido socialmente. Es decir, que lo que se

suele entender por hombre y por mujer no son un conjunto de datos anatómicos sino construcciones sociales y culturales con una base biológica ambigua e inestable. Entre los principales conceptos que integran la teoría de los géneros Scott (1985), Rivera (1994), Lamas (2002) destacan los siguientes: la distinción entre los datos biológicos y género es decir, la distinción entre sexo/género; el género se asigna al momento de nacer tomando como referencia su anatomía al momento de ser dado a luz; el género interviene como un principio básico de organización social; dicho principio no opera de manera neutra, sino bajo una jerarquía entre lo masculino y lo femenino; la identidad femenina y la identidad masculina se inculcan y se transmiten a través de la socialización; género y sexo se construyen mutua e inseparablemente. A la categoría del género se han ido agregando otros factores como la clase social, la raza, la etnia, así como las preferencias eróticas. Elementos que han ido enriqueciendo y ampliando los estudios de la mujer y los debates al interior del movimiento feminista, que por cierto aún continúan.

Un aporte metodológico que he obtenido de los estudios de la mujer, ha sido tratar de comprender las diversas problemáticas y los distintos factores que influyen y determinan la condición de las mujeres; ubicar a mujeres específicas, en sus contextos, en función de su clase social, de sus valores y su cultura.

En esta tesis estudio el cuerpo de la mujer, atendiendo de manera particular una etapa de transición conocida ampliamente como menopausia. Concepto que encierra una noción centrada en un supuesto declive femenino y en el tránsito de un cuerpo potencialmente reproductor a uno que en apariencia deja de serlo. Sin embargo al abordar el tema que nos ocupa, no podemos pensar en el cuerpo como un envase biológico y universal, sino en creaciones socioculturales en torno a la condición y posición social de los sexos, en función de los mandatos de los propios contextos de pertenencia, y teñidos de horizontes de creencias más amplios. Podríamos decir que la noción de cuerpo está asociada a un conjunto de

propiedades y de funciones que una sociedad atribuye a los individuos en virtud de su sexo y en relación a los roles que deben cumplirse. Estos marcos valorativos no son sólo descriptivos, sino que operan como situaciones normativas que determinan la percepción social de lo corporal en torno a determinados grupos sociales. En tal sentido, lo que se ha denominado la "naturaleza" femenina es una construcción que la cultura ha creado en torno a lo biológico (Turner, 1989; Lamas, 1996; Rodríguez, 1999)

Explorar la noción de cuerpo en determinado grupo de mujeres significó aprehender los particulares inter-juegos entre su "naturaleza" femenina (la menopausia) y su historia personal. La categoría de género, se constituye entonces en una herramienta crítica que permite sospechar de las esencialidades del sexo y del cuerpo de las mujeres.

Acercarnos a la temática de la menopausia implica analizar los mandatos sociales en torno a determinados grupos. Esta es una tarea que exige explorar la visión del mundo de determinadas mujeres; en este caso, de mujeres adultas de mediana edad (entre 48-55 años de edad), con sus creencias, auto-percepciones, compromisos y preferencias sexuales.

¿Por qué me motiva el tema de la menopausia? Elegí un tema de investigación que me motivara desde lo personal; porque la atención de la sociedad está puesta en el cuerpo joven (el mío está dejando de serlo); porque reiteradas veces me preguntaba ¿qué pasa con las mujeres que dejan atrás lo que la sociedad ha considerado como valioso: la juventud y la posibilidad de la reproducción? ¿Cómo experimentan sus cuerpos los cambios? ¿Cómo lo asumen ellas? Todas estas interrogantes corresponden a una clasificación que comúnmente suele utilizarse para determinar un estado intolerante del sexo femenino: "mujer menopáusica". De partida la menopausia es un acontecimiento a través del cual se puede explorar la subjetividad de la mujer de mediana edad.

Coincido con Jaidar en que la subjetividad es un medio de demostración en las ciencias sociales, que incluye el conocimiento, las construcciones simbólicas e imaginarias del sujeto humano; es un lazo entre los límites del sujeto de conocimiento y el objeto, la subjetividad es siempre construida socialmente, responde a una manera de leer la realidad humana. La subjetividad es un principio integrador de las múltiples relaciones sujeto objeto, del adentro y del afuera. Es universal y singular, una y múltiple (Jaidar, 1998)

Al irme introduciendo en el tema de la menopausia, encontré que es un término de origen médico que se ha incorporado al lenguaje común, en donde generalmente se le utiliza en forma peyorativa para dirigirse a una mujer que presenta cierta intolerancia hacia el resto de la familia, compañeros de trabajo, o personas con quienes ella interactúa de manera más cercana.

Desde el saber médico, la menopausia es sólo una etapa del climaterio y éste es una fase de transición en la que la función ovárica y la producción de hormonas declinan y el cuerpo se readapta, dicho cambio puede comenzar entre los 40 y 60 años. La menopausia, en cambio, se refiere al cese de la menstruación y la declinación paulatina del potencial reproductivo de la mujer.

La definición médica del climaterio es poco conocida y a los médicos sólo les importa si las mujeres tienen o no regla, como si sólo por ello las mujeres tuvieran un rango o valor distinto. El concepto de menopausia se refiere a un hecho biológico contundente: la última menstruación, después de pasado un año. Por consiguiente, este concepto suele usarse en forma inapropiada porque, en estricto sentido, las mujeres estaríamos menopáusicas sólo un año. Sin embargo, el término menopausia se aplica a cualquier mujer (independientemente de su edad), que muestran una actitud inexplicablemente intolerante o de malestar con otros: "está menopáusica", se usa con cierta frecuencia, para cerrar cualquier posibilidad de entendimiento con ella.

La menopausia es un hecho contundente, se tiene o no sangrado menstrual. ¿Por qué un sangrado es un parteaguas en la vida de las mujeres? ¿Por qué la menopausia es un tema que se elude; causa incomodidad o sólo es abordado por las mujeres como un tema "aquí entre nos"?

Frente a las nuevas tecnologías reproductivas que se están desarrollando en el presente milenio, cabría preguntarse: ¿Cambiará la concepción de la menopausia? ¿Las mujeres dejarán de sentir el peso cultural por no menstruar y las implicaciones que ello trae consigo?

En México existe una cantidad considerable de estudios biomédicos acerca de la menopausia; sin embargo, el tema ha sido poco incursionado por las ciencias sociales y escasamente tratado desde un análisis con enfoque de género. En ese sentido, los objetivos de esta investigación son, por un lado, analizar la experiencia y el significado que las mujeres le dan a la transición entre un cuerpo con potencial reproductivo a un cuerpo que aparentemente deja de serlo, y cómo este cambio se expresa en la auto-percepción que las mujeres tienen de sí mismas. Indagar si los cambios biofísicos que se presentan durante la menopausia, alteran su interés, deseo o placer sexual, y si esos cambios modifican la frecuencia, formas o decisiones respecto a la relación sexual, pues existe la creencia de que la menopausia no sólo marca el fin de la reproducción, sino también el fin de la actividad sexual de la mujer.

La menopausia es un proceso que se produce en el cuerpo de las mujeres, pero es interpretado por ellas a partir de variables culturales filtradas por experiencias, expectativas y actitudes del medio social y cultural en el que cada mujer se desarrolla. En México la menopausia generalmente se presenta como una cuestión biomédica que influye, junto con otras variables, en el devenir de la mujer de mediana edad. Sin embargo para la teoría social feminista es una construcción sociocultural a través de la cual se refleja el estado que guardan las

relaciones de género en una sociedad que está determinada por un contexto histórico. A partir de estas consideraciones, la **pregunta** de investigación fue: ¿Cómo experimentan y significan las mujeres su cuerpo en la menopausia? Y ¿qué correspondencia tiene esa experiencia y significado con los cánones o estereotipos establecidos por la sociedad mexicana respecto a la menopausia?

He optado por explorar la experiencia de las mujeres porque precisamente, uno de los temas críticos que ha dominado el saber feminista ha sido la idea de hacer visible las experiencias de las mujeres y validarlas en contraposición a la multitud de teorías científicas. El estudio y la investigación feminista en campos como la psicología, la sociología y la antropología se han dedicado a fundar una nueva área de estudio sobre la propia comprensión de las mujeres y la interpretación de sus experiencias. Los grupos emergentes de auto-ayuda, por ejemplo, crearon un modelo de apropiación individual a través de la participación colectiva, la validación y la reflexión sobre la experiencia personal.

Recordemos que en los años 70 se denominaba "política de la experiencia" (Mitchell, 1977) a las prácticas que establecían conexiones entre las vivencias personales y su carácter político. Ese "hacer oír voces" en el sentido de visibilizar historias no legitimadas, connota no obstante una nueva posibilidad de objetividad histórica que nos habla tanto de una realidad negada como de su aprehensión subjetiva, según indica Joan Scott (1992) Desde esta postura la relación entre pensamiento y experiencia se presume transparente y directamente accesible; y en un paso más anhelado, un camino hacia la resistencia y la acción.

Al priorizar en este estudio la experiencia de las mujeres en la menopausia, parto de la premisa señalada por Scott cuando afirma que el hacer visible la experiencia de un grupo diferente expone la existencia de los mecanismos represivos o segregacionistas, pero no sus lógicas o funcionamientos internos (Scott, 1992) Es decir, sabemos que la diferencia existe pero no la comprendemos

relacionalmente constituida; la experiencia no es tampoco el origen de nuestra explicación sino aquello que queremos explicar. De ahí que, necesitaremos interrogar y desarrollar los procesos históricos que, a través del discurso, posicionan los sujetos y producen sus experiencias. Trabajando desde la cualidad productiva del discurso, la experiencia es entendida como un hecho discursivo confinada al orden de las significaciones. En este sentido, la experiencia es colectiva a la vez que individual: es la historia de un sujeto que se materializa a través del lenguaje y se ubica en un contexto determinado.

Mi pregunta acerca de la experiencia de las mujeres con respecto a la menopausia parte de la siguiente reflexión: si en el siglo XXI todavía vivimos en una sociedad sexista, es de esperase que en ella también se produzca una ciencia sexista. Por consiguiente los conceptos existentes, las categorías y los métodos científicos reflejan, todavía, una manera masculina de mirar y entender la menopausia. En la actualidad sabemos que la racionalidad científica está sesgada por una perspectiva y un modo de pensar masculino, por lo que es necesario indagar sobre la menopausia desde una perspectiva feminista, es decir, desde una alternativa de pensar, observar y explicar el mundo, tomando en cuenta las concepciones, percepciones, experiencias y sentimientos de quienes han atravesado el umbral de la menopausia: las mujeres. El desarrollo de los estudios de la mujer muestra que la mayoría de los testimonios históricos provienen y han sido escritos por hombres, las voces y el punto de vista de las mujeres no ha sido escuchado ni en la ciencia ni en campos sociales.

Cabe señalar que cuando me refiero a una ciencia feminista sobre la menopausia no hago alusión a un conocimiento que sólo las mujeres, por ser mujeres, pueden producir, sino a la creación de una perspectiva epistemológica que erradique el dominio del sesgo masculino. Esto tiene sustento en el hecho de que en los tratados médicos al estudiar la menopausia no sólo destaca la perspectiva masculina, sino que la menopausia se aborda como si todas las

mujeres tuvieran el mismo patrón de comportamiento, como si no intervinieran las circunstancias específicas de cada mujer: su situación socio-económica; las preferencias sexuales; el nivel educativo y cultural; la historia familiar y su trayectoria de vida, en fin, la mujer pareciera ser un sólo estereotipo y su menopausia también.

Por otro lado, para muchas mujeres la menopausia es un tema incómodo ante el cual prefieren guardar silencio, pues ha sido tan estigmatizada por la sociedad que aquellas que la experimentan, prefieren evadir el tema o cuando mucho hacer algún chiste al respecto. De este modo observamos cómo las relaciones de género socialmente construidas presionan a las mujeres a responder a una imagen, independientemente de sus condiciones y deseos.

En este estudio se parte del enfoque de género para analizar las condiciones de la menopausia en mujeres mexicanas y su interacción con otras circunstancias en las que están insertas determinadas mujeres. De este planteamiento se desprende que, la identificación de distintos grupos de mujeres en contextos socio-históricos y universos de significados distintos, es necesaria para poder analizar más estrechamente los posibles vínculos entre condiciones de género y el proceso mismo de la menopausia, pues este tema no puede aislarse como un referente exclusivamente biológico del sexo femenino. El rechazo al determinismo biológico a finales del siglo XX e inicio del presente siglo, no debería tampoco cerrar la posibilidad de revisar la nueva información biomédica que se ha generado acerca de la menopausia. Por el contrario, el avance en el debate teórico acerca de la diferencia sexual y el género habrá de proporcionarnos las herramientas necesarias para asumir el reto de hacer una lectura distinta de lo biológico.

Marta Lamas, en su libro *Cuerpo: diferencia sexual y género*, se pregunta: ¿es la diferencia sexual un valor social, cultural, o un destino biológicamente

determinado? En esta obra la autora relata cómo el feminismo puso en duda la visión tradicional de que las diferencias biológicas entre los sexos originan todas las demás disparidades y que, el factor determinante para las diferencias entre mujeres y hombres era la simbolización que cada sociedad hacia de la diferencia sexual. Sin embargo, Lamas asevera que la moda académica en torno al género ha consolidado una visión constructivista de la naturaleza humana que elude tanto lo biológico como lo psíquico. Y agrega: "No deja de ser sorprendente que quienes trabajan desde la biología hayan adoptado el concepto de género mientras que en el ámbito de las ciencias sociales se ha instalado la negación del sexo" (Lamas, 2002) La propuesta de Lamas es aceptar que el sujeto no está dado, sino que es construido en sistemas de significados y representaciones culturales, pero que esta realidad también requiere asumir el hecho de que el sujeto está encarnado en un cuerpo sexuado. A partir de este planteamiento, sostengo que si bien la menopausia es una construcción cultural, que se encuentra edificada sobre un cuerpo anatómico y fisiológico denominado como femenino, el reto al abordar este tema es escapar de los riesgos tanto del biologicismo como del culturalismo. En el primer caso porque el sexo biológico se convierte en "destino", en el segundo, porque una "desexualización" excesiva invisibiliza la diferencia sexual. Por ello la propuesta es formular un postulado que estructure la conformación de la menopausia como constructo cultural pero también que resguarde la diferencia sexual, valorando los descubrimientos que en torno al cuerpo femenino pudieran aportar la teoría social feminista, pues es precisamente a partir de esa diferencia sexual, en donde se emprende la histerización de la mujer: "El útero pasa a convertirse no únicamente en el lugar de la diferencia sexual sino en la causa de ella que impregna todo el cuerpo de la mujer, condicionándola en su vida tanto moral como intelectual y social." (Rodríguez, 1999, p.21)

Por razones de diversa índole, el mundo actual ofrece distintos modelos de identidad femenina y distintos modelos para construir la pareja y la familia: desde aquellos más tradicionales y jerárquicos, basados en la división sexual del trabajo,

hasta los más igualitarios, que conciben a mujeres y hombres como sujetos con igualdad de derechos. Por otra parte, las transformaciones vinculadas a los ámbitos privados de las personas como la diversidad y las preferencias sexuales han impactado a las mujeres en distintos momentos de su ciclo de vida. En México esta diversidad de modelos culturales se ve mediatizada, además, por la pertenencia a una clase social. De igual modo, la menopausia está sujeta a una variedad de interpretaciones y su significado no siempre coincide con la norma que es esperada en determinada sociedad. Aunque las expectativas del suceso biológico de la menopausia son formadas por el estereotipo cultural, la experiencia actual no necesariamente se ajusta a esas expectativas y en ocasiones dicho suceso y el estereotipo pueden no coincidir.

La menopausia es una síntesis de la biología propia del sexo de la mujer porque corresponde a la anatomía y a la fisiología del sexo femenino; a la presencia de órganos y tejidos únicos y diferentes a los del sexo masculino, y a las funciones relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Sin embargo en el análisis de la menopausia también se encuentran los condicionantes sociales y culturales que se relacionan con las oportunidades que cada mujer tiene para acceder a los servicios de salud, a la educación, al trabajo, al poder de decisión en la familia y la sociedad. Estas condiciones se integran en el concepto de género, que no sólo se refiere al sexo biológico, sino también a la amplia gama de roles, expectativas y conductas atribuidas a hombres y mujeres por las estructuras psico-sociales prevalecientes.

Los cambios que en las últimas décadas se aprecian y que se reconocen han mejorado la situación de la mujer, a saber, el ingreso al ámbito público (trabajo asalariado, participación política), la revolución sexual (liberación sexual y uso de anticonceptivos) y las nuevas tecnologías de reproducción humana, entre otros, han contribuido a que entre las mujeres de hoy confluyan diversas concepciones acerca de la menopausia, las cuales van desde las visiones

decimonónicas que consideraban a la mujer como un ser acabado, hasta las posturas optimistas de que a la mujer, la menopausia no le repercute en nada.

En esta investigación parto del supuesto de que, en tanto la menopausia es una construcción socio-cultural que se encuentra fundamentada en la diferencia sexual, el poder ejercido sobre el cuerpo menopáusico puede ser trascendido, como sucede en el contexto de la Ciudad de México, en donde existen mujeres que no responden al estereotipo difundido de la mujer menopáusica, pues a partir de diferentes propuestas y acciones las mujeres han creado, en distintos ámbitos, diversos modos de vida y de participación, los cuales rebasan la concepción socialmente difundida que asocia la menopausia con la vejez, la disfunción sexual o la cancelación de un nuevo proyecto de vida.

De acuerdo con Hoffman, todo conocimiento evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del mundo común y corriente; y es sólo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior (Hoffman, 1996) Desde Wittgenstein hasta los teóricos contemporáneos han establecido que el lenguaje cobra significado a partir de su uso social. Los individuos por sí mismos no pueden significar nada: sus actos carecen de sentido hasta que se coordinan con los otros (Gergen, 1992) Un individuo nace dentro de una relación y a la vez que es definido por ella, el individuo también la define. El pensamiento que en ciencias sociales ha logrado analizar y expresar estas ideas se denomina construccionismo social. Esta corriente teórica cree que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. El construccionismo intenta superar la dualidad objeto-sujeto desarrollando una teoría alternativa de la ciencia y desafiando la idea de conocimiento como representación mental. El construccionismo sostiene que el conocimiento no es algo que la gente posee en la cabeza sino algo que la gente hace junta: el lenguaje es esencialmente una actividad compartida. La idea es

dejar atrás un concepto de conocimiento como a-histórico, objetivo e individualista que permita entender la investigación científica no como la aplicación impersonal de reglas metodológicas descontextualizadas, sino como el resultado del intercambio activo y comunal entre personas.

El construccionismo, por lo tanto apoya la idea de que no hay verdades sociales incontrovertibles, sino sólo relatos del mundo, relatos que nos contamos a nosotros mismos y que contamos a los otros. Desde esta corriente, el pensamiento simbólico es consustancial al ser humano y permite la comunicación entre sus congéneres. De acuerdo con esta postura la menopausia es un hecho simbólico y los símbolos ofrecen significados y sentidos, establecen un orden y tienden un puente entre el intelecto y las emociones. La menopausia es un acontecimiento en el ciclo de vida de la mujer, pero el cómo se lee esta realidad y el significado que este hecho tiene, nos permite conocer las múltiples relaciones del sujeto mujer, sus perspectivas y limitaciones. En este sentido, la menopausia es un medio para investigar y conocer la construcción simbólica del ser mujer y la condición de ésta en una cultura determinada.

Para Berger y Luckman la tarea de las ciencias sociales es indagar sobre los conocimientos o saberes que orientan las conductas y las acciones de las personas en la vida cotidiana, ya que ésta se presenta como una realidad interpretada y posee el significado subjetivo de un mundo coherente y ordenado. Así las experiencias de la vida cotidiana son interpretadas por las personas, y se encuentran orientadas por saberes mundanos. Los mismos autores consideran que la realidad de la vida cotidiana es posible únicamente a partir de las objetivaciones, y que un caso de objetivación es la significación o producción humana de signos. Afirman que un signo se distingue de otras objetivaciones porque tienen la intención explicita de servir como indicio de significados

subjetivos. Observan que los signos se agrupan en sistemas como los del lenguaje, los corporales, los gesticulares, y otros. Señalan por una parte, que el lenguaje es capaz de transformarse en depósito objetivo de vastas acumulaciones de significado y experiencia, y por otra parte, apuntan que construye símbolos que se abstraen de la realidad y se presentan como elementos objetivos en distintas esferas de la vida cotidiana. Así, desde el lenguaje es posible por un lado, crear determinados símbolos que se presentan como objetos reales, y por otro, otorgar significados a las cosas a partir de la acumulación de experiencias de la vida cotidiana (Berger y Luckman, 1986)

De esta manera se confieren significados a las cosas que se nombran como es el amor, la sexualidad, el erotismo, la reproducción, etc. Se confieren significados a las acciones de mujeres y hombres; se confieren significados a las diferencias sexuales, y de esa forma, al significarlas, se establecen desigualdades entre las personas. Sin embargo ¿cómo buscar interpretaciones a las percepciones que ciertas mujeres tienen de sus experiencias? ¿Cómo interpretan su menopausia? De acuerdo con Castro:

> ...los métodos cualitativos privilegian el estudio interpretativo de la subjetividad de los individuos, y de los productos que resultan de su interacción. El aspecto sociológico central de esta perspectiva se refiere al significado que la realidad tiene para los individuos y la manera en que estos significados se vinculan con sus conductas (Castro, 1996: 64)

Siguiendo a Castro, los individuos se convierten en "actores interpretativos", que estructuran su dimensión subjetiva teniendo como referentes objetos externos que se internalizan por medio del proceso de socialización.

El estudio de la subjetividad desde diversas perspectivas de las ciencias sociales ha requerido, por su complejidad, del desarrollo metodológico para interpretar y comprender los sentidos que los actores sociales atribuyen a sus experiencias. El presente estudio aborda la menopausia y pretende rescatar las

experiencias vividas y el sentido que las mujeres le dan a esta etapa de su ciclo de vida. El método de investigación al que se recurrió fue el análisis cualitativo. He optado por este método porque como indica Szasz, la investigación cualitativa es "... indispensable para comprender ciertas dimensiones de la realidad: la subjetividad humana, la simbolización del cuerpo y la sexualidad, las identidades, las relaciones de género, la interacción social y los sistemas de significaciones compartidas." (Szasz, 1996:21)

Una de las mayores dificultades que la investigación presentó fue determinar la selección de la muestra. Al principio parecía fácil, pues la investigación estaba dirigida a mujeres con edades entre los 48 y 55 años. Partía de que la categoría mujer tiene su historia y fines analíticos, por lo que ésta debería ser sustituida por la de "mujeres". Sin embargo, al detenerme y preguntar ¿cuáles mujeres conformarían la muestra? Empecé con dificultades para poder optar por su elección. Pensaba: si lo que busco es conocer la experiencia y el significado que las mujeres dan a la menopausia, entonces cualquier mujer que hubiera atravesado por la menopausia podría ser parte de mi muestra. Lista y cuadros fueron elaborados, y la combinación de ambos me condujeron a confirmar que la categoría "mujeres", en plural, no me salvaba de la necesidad imperiosa de hacer una selección bajo mis propios criterios, condiciones de investigación y tiempos para desarrollarla, pues como afirma Ruiz: "Todo muestreo implica fundamentalmente la decisión de qué grupo de unidades (situaciones – individuos) y qué grupos de dimensiones (aspectos, situaciones, procesos) se quiere estudiar" (Ruiz Olabuénaga, 1996:65)

En ese sentido, la muestra de este estudio es intencional porque he optado en incorporar sólo aquellas mujeres que reúnen una serie de características tanto socio-económicas como de identidad social, que me pueden conducir a la interpretación de algunos de los discursos e ideologías que sobre la

menopausia circulan en la Ciudad de México. Opté por entrevistar a mujeres de clase media mexicanas que pertenecen a los siguientes grupos de adscripción: amas de casa, feministas y lesbianas. Entiendo por grupo de adscripción, el sentido de pertenencia o identificación con otras personas por tener características, propuestas, actividades o deseos comunes. Y concibo como pertenecientes a la clase media, a aquellas mujeres que no poseen medios de producción propios; que ellas o de quienes dependen económicamente, viven de las percepciones salariales que les retribuyen por su trabajo, pero que cuentan con excedentes económicos que les permite acceder a la educación, vivienda, servicios y actividades culturales y recreativas que las coloca en un nivel de vida y de consumo por encima de la sobre vivencia económica básica.

Al inicio de la presente investigación me había propuesto trabajar el tema de la menopausia con mujeres cuya actividad principal fuera ser amas de casa, por ser una ocupación socialmente asignada a las mujeres y tradicionalmente asumida por éstas, que las convierte en depositarias de roles y valores socialmente aceptados como femeninos: esposa, madre, abuela, comprensiva, abnegada, entre otros. De igual modo, los mensajes publicitarios, el discurso médico y muchos de los productos que se ofrecen en el mercado están dirigidos, en buena parte, a las amas de casa. Sin embargo, con el fin de desmarcar la menopausia de la reproducción biológica coloqué la mirada en otras mujeres que no responden al modelo heterosexual, como las lesbianas, y aquellas otras que bajo una postura política, como las feministas, cuestionan los modelos y estereotipos tradicionales asignados a las mujeres.

Las feministas en general, han cuestionado la condición histórica de la mujer; a lo largo de su lucha política y en los diferentes espacios o campos en los que han intervenido, siempre han reivindicado el derecho de las mujeres por decidir, con independencia y autonomía, acerca de sus cuerpos. El feminismo ha

cuestionado el discurso médico acerca de la menopausia y ha propuesto nuevas formas para asumirla y vivirla. Por estas razones la presente investigación ha considerado fundamental incorporar la opinión de algunas feministas, sean militantes, académicas o mujeres independientes de cualquier organización o institución, pues para el feminismo el ámbito de lo privado también es espacio de transformación y lucha.

Esta investigación se propuso abordar a las mujeres lesbianas con el propósito de conocer sus experiencias en relación con la menopausia porque, por lo general, son un grupo de adscripción que se encuentra en oposición constante a las normas que socialmente se prescriben para las mujeres. De igual modo el cuerpo sexuado que habitan vive en contradicción con los estereotipos de mujer marcados por la cultura, y salvo algunas excepciones, su preferencia sexual no propicia la relación sexual con fines reproductivos sino con experiencias corporales de otra índole.

Cada una de las mujeres entrevistadas puede tener una variedad de relaciones sociales que la hacen ser partícipe de varias posiciones a la vez. En ese sentido, comparto con Chantal Mouffe la idea de que no hay ninguna posición de sujeto cuyos vínculos con otras estén asegurados de manera definitiva y, por lo tanto, no hay identidad social que pueda ser completa y permanentemente adquirida.

> Podremos entonces concebir al agente social como una entidad constituida por un conjunto de "posiciones de sujeto" que no pueden estar nunca totalmente fijadas en sistema cerrado de diferencias; una entidad construida por una diversidad de discursos entre los cuales no tiene que haber necesariamente relación, sino un movimiento constante de sobredeterminación y desplazamiento. La "identidad" de tal sujeto múltiple y contradictorio es por lo tanto siempre contingente y precaria, fijada temporalmente en la intersección de las posiciones de sujeto y dependiente de formas específicas de identificación. Es por lo tanto imposible hablar del agente social como si estuviéramos lidiando con una entidad unificada, homogénea (Mouffe, 1993:7)

La cantidad de entrevistas efectuadas estuvo determinada por tres condiciones: el carácter cualitativo de la investigación, los recursos disponibles y el tiempo que se tenía para desarrollar este estudio. En este sentido, el total de entrevistas realizadas fue de seis, dos por cada grupo de adscripción.

La diversidad de condiciones y situaciones en las que viven las mujeres de la Ciudad de México abre un amplio campo de combinación de variables que sería muy difícil de abarcar en un solo estudio. Razón por la cual, para el desarrollo de esta investigación he considerado las variables edad y sexo. Aunque el tema de la menopausia no es algo que sólo les atañe a las mujeres, son éstas las que experimentan el cese de la menstruación, por este motivo se ha entrevistado sólo a personas del sexo femenino. La edad de la menopausia varía de acuerdo a diferentes factores: genéticos, nutricionales, condiciones de hipoestrogenismo, historia sexual, entre otros. Sin embargo de acuerdo con algunos estudios (Cravioto, 1994; Rodríguez, 2000), en México la edad promedio en que la mujer inicia su menopausia gira alrededor de los 48 años. De ahí que esa edad fue un dato a considerar al momento de elegir el rango de edad que las mujeres deberían tener para ser consideradas en esta investigación. .

Por otro lado, a fin de poder homogeneizar la información de la muestra se ha elegido la edad de 55 años, considerando que siete años de diferencia (entre 48 y 55) no es un rango elevado y que puede crear apreciaciones sobre la menopausia más acordes entre sí (por la cercanía del evento de la menopausia), que con mujeres de mayor edad que se encuentran más próximas a ser consideras socialmente como mujeres de la "tercera edad".

Para poder desarrollar esta investigación recurrí a la técnica utilizada por la metodología cualitativa denominada entrevista a profundidad. Como todo análisis cualitativo, este estudio pretende más bien profundizar en situaciones y casos particulares, más que buscar generalizaciones a partir de los resultados

obtenidos. Un campo básico para el cual se utiliza la entrevista a profundidad es el estudio de las representaciones sociales personalizadas: sistemas de normas y valores asumidos, imágenes y creencias, códigos y estereotipos cristalizados, rutas y trayectorias vitales particulares, entre otras. La entrevista, entonces, tiende a producir una expresión individual pero esta individualidad es una individualidad socializada por hábitos y por estilos de vida socialmente validados (Alonso, 1995: 237)

La entrevista a profundidad es especialmente interesante para determinar los discursos de los individuos en sus grupos de referencia, ya que el individuo se remite a dichos grupo para formular evaluaciones acerca de sí mismo y de los otros. Con esta técnica he podido identificar, a través de la recolección de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social que las mujeres le dan a la menopausia. El empleo de la entrevista presupone que el objeto temático de la investigación, la menopausia, sea analizado a través de la experiencia que de ésta poseen un cierto número de mujeres que a la vez son parte y producto de la sociedad mexicana.

En relación con la técnica de la entrevista a profundidad, comparto la idea de Marta Rivas en el sentido de que la entrevista es una estrategia metodológica y no una mera técnica de recolección de información. Rivas define la entrevista como un dispositivo o procedimiento creador de conocimientos y de efectos específicos, que responden al problema de estudio, a la implicación del investigador (a), y al efecto de la interacción, de las diferencias interculturales y las relaciones de poder que se ponen en juego en el curso de la entrevista (Rivas, 1996:205)

Para lograr el objetivo de la presente investigación, se ha empleado la entrevista a profundidad como una técnica que permite el conocimiento y el

análisis de la experiencia personal, los significados y las valoraciones que representa la menopausia para aquellas mujeres de cierta edad que atraviesan por este momento de su vida.

De acuerdo con Marta Rivas para que la entrevista pueda emplearse como un dispositivo de análisis y de conocimiento, se considera que ésta debe tener las siguientes condiciones: ser una táctica de la estrategia metodológica que teje sus hilos de manera consecuente dentro de la formulación general de conocimiento y comprensión de los fenómenos; debe utilizarse no sólo como una técnica de recolección de información exterior a la relación entrevistador e informante, sino como un ámbito espacio-temporal en el que los datos son construidos, en una relación dialógica, y cuyo proceso de interacción es fuente constitutiva de conocimiento; como espacio donde se expresan la dinámica generada en la relación sujeto-objeto de conocimiento y los efectos sobre el propio proceso de investigación (Rivas, 1996:206)

Abordar la menopausia desde procesos racionales de medición empírica, como podría tal vez hacerse desde las ciencias bio-médicas, conduciría a un camino en donde los significados que participan de los códigos y sistemas simbólicos particulares en torno a la feminidad y al género se perderían. En la presente investigación se incorporan los puntos de vista que las mujeres tienen sobre la menopausia y el proceso que viven a través de los cambios que experimentan sus cuerpos. De ahí que la investigación tenga un carácter de índole cualitativo e incursione en la esfera de la subjetividad, entendida ésta no como un producto universal sino como expresiones, representaciones y significados particulares y temporales de los individuos o grupos. Asimismo se ha recurrido a la entrevista en profundidad, para propiciar la obtención de información que contenga significados específicos que permitan conocer el

punto de vista particular sobre la problemática de las mujeres en la menopausia.

La estructura del trabajo está constituida por cinco capítulos, los cuales conforman los resultados de la investigación. Si bien en el anteproyecto ya se contemplaban algunos de ellos, otros son corolario de las inquietudes propias de las mujeres entrevistadas. También cabe indicar que en cada uno de los capítulos, se integran las percepciones o experiencias de mujeres concretas que han tenido a bien narrar, sus apreciaciones o conocimientos acerca de cada uno de los temas que aquí se desarrollan.

El primer capítulo contiene algunos de los planteamientos elaborados desde la perspectiva del feminismo de la diferencia sexual. Elegí esta corriente de la teoría feminista porque es la corriente de pensamiento con la que más empatía tengo y porque me parece la más conveniente para abordar el debate que existe en torno a la menopausia. El punto de partida es la crítica que esta corriente del feminismo ha hecho al orden simbólico; sus aportes a la diferencia sexual como categoría de análisis; y la exposición de algunos planteamientos feministas acerca de la menopausia, entre los cuales, el más sólidamente argumentado es la oposición al tratamiento hormonal sustitutivo. También se aborda la diversidad socio-cultural de la menopausia partiendo de la conjetura que el construccionismo social propone para analizar situaciones, problemas o fenómenos sociales, desde una visión alternativa a estructuras de pensamiento rígidas. Desde tal perspectiva, en este apartado se exponen algunos de los distintos significados que sobre la menopausia se han encontrado en distintas regiones y culturas del mundo.

El capítulo segundo incursiona en el discurso médico y las presunciones que a partir de éste se hacen sobre la menopausia. Ahí se narra parte de la historia de la menopausia en la medicina; la definición que el saber médico ha elaborado sobre la menopausia; las manifestaciones clínicas más frecuentes que

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

el conocimiento médico reporta; y las críticas que el feminismo ha hecho al tratamiento hormonal sustitutivo.

El capítulo tercero trata la cuestión del cuerpo y la sexualidad en la menopausia. Aunque esta problemática es un argumento casi siempre abordado desde el discurso médico, me pareció que el tema merecía ser tratado como un punto aparte. Esto debido a la alta importancia que la sociedad contemporánea le asigna a la vida y la relación sexual de sus integrantes, a la extensa difusión que los medios de comunicación y publicitarios hacen de ella y porque, a pesar del desarrollo de la ciencia y de la tecnología, aún prevalece una gran cantidad de mitos acerca de la sexualidad en la menopausia. En este apartado se describen algunas nociones acerca de la sexualidad y las algunas supuestas disfunciones en la menopausia.

El capítulo cuarto se denomina: cambios sociodemográficos y menopausia. En él se muestra el proceso de envejecimiento demográfico y sus consecuencias; el aumento de la esperanza y la calidad vida en mujeres, así como la relación que estos temas guardan con la menopausia.

En el último capítulo se exponen las experiencias de las mujeres entrevistadas. Para ello creí conveniente describir el perfil de las participantes en esta investigación, con el fin de poder darle un rostro a los testimonios, las vivencias, prácticas, y revelaciones narradas. Como en la mayoría de los estudios cualitativos, los nombres de las participantes han sido cambiados para salvaguardar su identificación. El significado de la menopausia, los cambios corporales experimentados y la experiencia con el tratamiento hormonal sustitutivo, son entre otros, algunas de las experiencias referidas por las mujeres entrevistadas.

Finalmente expongo las conclusiones, las cuales son el corolario de las experiencias corporales narradas por las mujeres entrevistadas, pero también incluyo mi propia perspectiva del problema planteado, a saber: la realidad sociodemográfica y la situación de la mujer mexicana obliga a los científicos sociales a poner su mirada y trascender el aspecto médico de la menopausia, para que ésta pueda ser re-significada y posicionada por las mujeres desde una postura distinta al estereotipo hasta ahora ampliamente difundido.

I. Diferencia sexual, feminismo y menopausia

En este capítulo se abordan algunos planteamientos emanados de la teoría feminista de la diferencia sexual y su crítica al orden simbólico del ser mujer. También se analiza la categoría de la diferencia sexual y los efectos que ésta tiene en la menopausia.

Como ejemplo de lo anterior, se exponen algunas muestras de la diversidad socio-cultural de la menopausia en distintas sociedades para confirmar cómo la construcción simbólica de la menopausia es diversa y se corresponde al contexto social en el que se ubique.

A fin de tender un puente entre los planteamientos de la teoría de la diferencia sexual y otras propuestas feministas, en el último apartado de éste capítulo, se presentan algunos cuestionamientos y sugerencias efectuadas por mujeres que han contribuido al estudio de la menopausia desde distintas disciplinas.

1. La teoría de la diferencia sexual y su crítica al orden simbólico

Una larga historia ha sido necesaria para que el cuerpo individual quede "aislado", como se "aísla" un cuerpo en química o en microfísica, para que se vuelva la unidad básica de la sociedad, luego de un tiempo de transición en el que aparecía como una maqueta de órdenes cósmicos o políticos. Durante los siglos XVII y XVIII la "individualización" del cuerpo se dio en paralelo con el desarrollo de la medicina, que circunscribían el espacio "corporal" propio donde podían analizarse distintos elementos y las leyes de sus intercambios. En el siglo XIX se agregaron las referencias de la termodinámica y la química, que imprimieron al cuerpo la perspectiva de una compleja maquinaria, cuyas partes podían manipularse: el cuerpo se repara, se educa, se fabrica (Foucault, 1983)

El proceso de diferenciación sexual inicia en el momento histórico en que se asigna un rol social predominante a las actividades y formas de pensar masculinas, reduciendo a las mujeres a una esfera sexo-reproductiva, considerada natural. De tal forma, en la conjunción entre naturaleza y cultura, se violenta la relación entre ambos aspectos de la vida, feminizando la primera y masculinizando el segundo, y sobre todo construyendo una lógica de la dependencia: la naturaleza como las mujeres (o las mujeres como la naturaleza) sólo entran en la historia cuando son para los otros, cuando producen y trabajan para los hombres.

Posteriormente, el discurso igualitario y universalista de la emancipación empezó a mostrar grietas abiertamente cuando el concepto de la diferencia se elabora en las teorías post-estructuralistas y pos-modernistas y se abre un campo de pensamiento complejo, útil entre otras aplicaciones, para explicar las diferencias en el interior del sujeto mujer o abordar el problema del género como "el discurso de la diferencia sexual". Desde esta nueva conciencia algunas mujeres rompen con la vieja feminidad y crean su propio imaginario, es decir, crean un pensamiento independiente que significa pensarse a sí mismas a través de la propia experiencia, la propia historia, no medirse con el hombre, su razón y su historia para encontrar una medida de sí. Es lo que las italianas han llamado el "pensamiento de la diferencia", en España "el feminismo de la diferencia" y hoy se reconoce como las teorías de la diferencia sexual.

La teoría de la diferencia sexual surge a partir del post-estructuralismo francés, y más específicamente, de su crítica a la visión humanística de la subjetividad (Hélene Cixous, Luce Irigaray, Julia Kristeva). El "post" en el post-estructuralismo denota una ruptura teórica respecto del programa emancipatorio estructuralista, especialmente de la teoría social y política del feminismo marxista. El foco del post-estructuralismo es una compleja estructura de poder y de los diversos pero altamente efectivos modos en que el poder se combina con el conocimiento y la constitución de la subjetividad. El post-estructuralismo cuestiona

la utilidad de la noción de "ideología" especialmente en la idea de la relación imaginaria de los sujetos con sus condiciones reales de existencia. En la versión feminista, la ideología se refiere a un sistema patriarcal de representación genérica y, más específicamente, a los mitos y a las imágenes que construyen la feminidad (Millet, 1975). La subjetividad se conceptualiza, por tanto, como el proceso que incluye simultáneamente las instancias de lo material (la realidad) y de lo simbólico (el lenguaje), estructurándolas. En ese sentido, nociones como identidad, lenguaje y sexualidad son importantes en la medida en que redefinen al sujeto como proceso, y se oponen a la noción de agente racional. La teoría de la diferencia sexual considera tanto las diferencias dentro de cada sujeto (entre los procesos conscientes e inconscientes), como las diferencias entre el Sujeto y sus Otros/Otras (Irigaray, 1978; Kristeva, 1986)

La recepción norteamericana de las teorías post-estructuralistas de la diferencia, desembocan en una serie de debates polémicos sobre la interrelación entre lo material y lo simbólico o entre la realidad y el lenguaje, que tiende a centralizarse en la estructura de poder y la posibilidad de la resistencia (Stanton, 1980). A lo largo de los 80 un viejo debate sobre el esencialismo opone a las teorías francesas de la diferencia sexual las teorías norteamericanas del género (Newton, 1987). Mientras las teóricas del género entienden la construcción de la masculinidad y de la feminidad como más determinadas por la cultura y los procesos sociales, las teóricas de la diferencia sexual la entienden como procesos inconscientes, como la identificación y el deseo. A partir de los 90 se lleva a cabo una reevaluación crítica de todo el debate bajo el impacto de las teorías postcoloniales, el trabajo de las mujeres negras, de las lesbianas y de las teorías "queer" al mismo tiempo que, en Europa, se incrementa la diversificación de las posiciones respecto de la filosofía de la diferencia sexual (Braidotti, 1998).

Luce Irigaray, avanzando en el análisis de Simone de Beauvoir de la dialéctica de los sexos, se centra primero en la diferencia entre la posición

masculina y femenina del sujeto. Irigaray confía en la caja de herramientas post-estructuralista, en especial en el psicoanálisis lacaniano, la teoría literaria y lingüística para avanzar sobre el esquema hegeliano que prevalece en de Beauvoir y centrarse en las relaciones asimétricas de poder que subyacen en la construcción de la mujer como lo Otro de la posición dominante de la subjetividad. Esta posición dominante se define en términos de falogocentrismo. Este término se refiere al hecho de que, en occidente, pensar y ser coinciden de tal manera que hacer consciente es co-extensivo con la subjetividad: es el círculo logocéntrico. También se refiere, con todo, al persistente hábito que consiste en referirse tanto a la subjetividad como a todos los atributos claves del sujeto pensante en términos de masculinidad o virilidad abstracta (Falocentrismo). La suma de los dos da por resultado el efectivo falogocentrismo (Irigaray, 1978)

La diferencia sexual implica para Irigaray tanto la descripción como la denuncia del falso universalismo, inherente a la posición falogocéntrica: la que propone a lo masculino como un agente racional auto-regulativo y a lo femenino como "Otro", el lugar del desorden y de la devaluación. La diferencia históricamente ha sido regulada por relaciones de poder que la reducen a la inferioridad. Más aún, fueron "naturalizadas", construyeron categorías completas de seres devaluados y, por lo tanto, de entidades descartables.

Desde Foucault, el poder es el nombre que se le otorga al conjunto estratégico de interrelaciones entre posiciones multilocadas: textuales, sociales, económicas, políticas y simbólicas (Foucault, 1983). Poder es, por lo tanto, otro nombre que se confiere a la circulación social y política de ciertas nociones, conceptos o conjuntos de significados a los que se inviste de "valor real" o de legitimidad científica. El racismo y la misoginia, por ejemplo: la creencia en la inferioridad de las mujeres y de la gente de color –sea mental, intelectual, espiritual o moral- no tiene bases científicas sólidas. Esto, sin embargo, no impide que circulen en la práctica política y en la organización de la sociedad. La "verdad"

del discurso se disocia de la social y de la científica. El corolario es que tanto las mujeres como las personas de color constituyen un"Otro" que es "diferente de" la norma esperada: en tanto que tal el/la es a la vez el referente empírico como el signo simbólico de lo peyorativo. De este modo, la otredad devaluada o peyorativizada organiza las diferencias en una escala jerárquica que da lugar a la conducción y gobernabilidad de todos los grados de las diferencias sociales. Por extensión, el uso peyorativo de las diferencias no es accidental, sino más bien estructuralmente necesario para el sistema falogocéntrico de significado y para el orden social y el poder que lo sustentan. Los sujetos empíricos que son los referentes de esta experiencia simbólica de lo peyorativo sufren en su existencia los efectos materiales de la descalificación: mujer histérica o menopáusica, por ejemplo. En este nivel, de acuerdo con Irigaray, la diferencia sexual es una crítica al dualismo filosófico y al orden social que lo respalda. Asimismo, Irigaray desafía la oposición binaria categórica de lo simbólico y de lo empírico, o de lo discursivo y lo material, localizando el poder entre ellos como el motor de un proceso que tiene como objetivo producir subjetividad normativa.

La teoría de la diferencia sexual rechaza la creencia en los fundamentos "naturales" de las diferencias codificadas e impuestas socialmente, y del sistema de valores y de representación que conllevan. Enfatiza en cambio en la necesidad de historizar los conceptos que analiza, en primer lugar y especialmente, la noción misma de "diferencia". Este énfasis en el enraizamiento histórico de los conceptos no sólo es metodológico sino también político y ético: significa que un pensador/a requiere de cierta humildad ante la multi-estratificada y compleja estructura del lenguaje. Eso tiene implicaciones de largo alcance: el lenguaje está embebido de lógica falogocéntrica, que constituye la estructura política y el sistema simbólico fundamental o mito de nuestras sociedades. Teniendo en cuenta un marco post-estructuralista, no debe entenderse el lenguaje como herramienta de comunicación. Más bien se lo define como una institución socio-simbólica clave: es el sitio o lugar donde la subjetividad logra construirse. Para acceder al lenguaje,

no obstante, uno/a debe tomar posición sea de un lado o del otro de la gran división masculino/femenino. El sujeto o bien es sexuado o bien (el/la) no es en modo alguno (Braidotti, 1991).

Contra la tendencia del psicoanálisis freudiano de fijar las estructuras psíquicas mediante referencias biológicas, las teóricas de la diferencia sexual problematizan la cuestión de cómo los varones y las mujeres morfológicos se conectan culturalmente con los códigos de los roles masculinos y femeninos (Lamas, 2002). La morfología reemplaza las lecturas deterministas del cuerpo biológico con la versión psico-sexual del constructivismo social y, así, se refiere a la comprensión experencial del yo corporal. Estas experiencias están mediatizadas por las prácticas discursivas (biológicas, psicológicas, psicoanalíticas, entre otras), que construyen las representaciones sociales (Grosz, 1989). Se espera que los sujetos se adhieran a estas representaciones internalizándolas. Así, aunque el lenguaje sea una estructura que es anterior y constitutiva de la subjetividad las posiciones de los sujetos sexuados que estructuran la identidad (M/F) ni son estables ni esenciales. El sujeto está a la vez sexuado y escindido, descansando en ambos polos de la dicotomía sexual pero no atado a ella. De modo que el "giro lingüístico" provee a la filosofía de la diferencia sexual una base material, histórica y aún ubicua de la estructura corporal sobre la que se basa su concepción de la subjetividad.

Es importante subrayar una de las implicaciones políticas de esta visión posmoderna de la subjetividad: el código falogocéntrico está inscrito en el lenguaje, es operacional no importa quién lo hable. Este énfasis en las estructuras profundas o en la sintaxis de la lengua implica que no hay una voz de la otredad accesible, incontaminada o "auténtica", al menos entre los oprimidos. Exigencias de autenticidad epistemológica o de pureza política consecuentemente son sospechosas porque asumen posiciones de sujeto que no estarían mediadas por la lengua y la representación. Irigaray radicaliza esta posición mostrando,

especialmente en sus estudios psicolingüísticos, cómo la morfología interactúa con las definiciones lingüísticas de una manera muy dinámica. Más aún, se centra en la morfología de las mujeres como un lugar privilegiado de producción de formas de resistencia al código falogocéntrico (Irigaray, 1978). La diferencia sexual proporciona la anatomía política de las estructuras profundas del falogocentrismo, que se define como intrínsecamente masculino, universalmente blanco, y compulsivamente heterosexual. No obstante, encierra lo femenino bajo un doble vínculo: por un lado, glorifica los poderes de la maternidad como pre-condición para legitimar la subjetividad femenina pero, por otro lado, subraya el hecho de que el matricidio es el fundamento del contrato psicosocial masculino. El falogocentrismo es, de hecho, la Ley del Padre, y confina a la madre –y a la feminidad– a la insignificancia simbólica. La resistencia feminista al falogocentrismo, consecuentemente, adopta la forma de una reaparición de lo materno como el lugar de la legitimación de las genealogías centradas en la mujer. Irigaray sostiene que estas contra-genealogías son el punto de partida de un sistema simbólico femenino alternativo (Irigaray, 1985)

La teoría de la diferencia sexual encuentra una elaboración original en el feminismo italiano para el que la relación especular entre el Sujeto y el Otro es, en realidad, una relación asimétrica de poder que discrimina y que, por último, descalifica lo femenino. La escuela de Milán propone tomar en cuenta estas diferencias de poder para sentar los fundamentos de una nueva forma de feminismo político (Milán Women's, 1990).

El colectivo de mujeres de Milán sostiene que sería ingenuo suponer que los términos de la relación asimétrica entre los sexos pueden revertirse de tal modo que permita a las mujeres zanjar la trascendencia como un modo de salida de la feminidad, entendida como el lugar sistemáticamente devaluado de la otredad. Afirmando, en cambio, que es la relativa "no pertenencia" de las mujeres al sistema lo que les brinda la libertad y la autoridad de negociar posiciones

alternativas de sujeto. Las feministas de la diferencia sexual apuntan a usar esos márgenes para experimentar formas alternativas de legitimación femenina. El colectivo de Milán es más bien asertivo en la confianza y capacidad de las mujeres para tal legitimación. Braidotti por su parte ha enfatizado en la necesidad de proponer esto como un proceso político y no como un dato ideológico. Es decir, que los márgenes de la legitimación deben negociarse a través de la reconstrucción de los discursos hegemónicos que operan no sólo en la cultura dominante, sino también dentro de la teoría feminista misma, incluyendo la de la diferencia sexual. (Braidotti, 1994).

Como estrategia de legitimación, la teoría de la diferencia sexual es el medio de afirmación de los sujetos que son conscientes y dan cuenta de la paradoja de estar atrapados dentro de un código simbólico al que se oponen profundamente. Esta es la razón por la que es importante hablar de los márgenes, de la no pertenencia al sistema fálico. De igual modo, también se debe tomar en cuenta la relativa pertenencia de las mujeres al mismo sistema del cual provienen.

Aquí se hace claro el legado del post-estructuralismo: que voluntariamente o no las mujeres feministas son cómplices de aquello que tratan de deconstruir. La complicidad se extiende a las estructuras más íntimas y aún pre-conscientes de su subjetividad. Tener en claro la propia implicación o complicidad es el punto de partida para una política radical y la resistencia libre de exigencias de purezas, pero también libre de culpa.

De acuerdo con Braidotti, la teoría de la diferencia sexual ofrece a la práctica feminista una ventaja estratégica en varios sentidos: primeramente, lleva a reconsiderar los discursos y las prácticas de la diferencia, para remover de ellas las connotaciones hegemónicas que históricamente han adquirido. En segundo término, esta reaprehensión de la diferencia es una práctica política que coincide con la crítica a los supuestos humanistas de la subjetividad en términos de la

racionalidad, auto-representación, homogeneidad y estabilidad. Estos supuestos son también operacionales en el feminismo supuestamente igualitarista, y necesitan ser deconstruidos. En tercer lugar, la diferencia sexual deshace los discursos éticos políticos tradicionales sobre la Otredad. En este modo reactivo, critica los hábitos de metaforización de lo femenino como figura de la diferencia devaluada pero necesaria. En un sentido más afirmativo, reclama una reapropiación del imaginario femenino; es decir, de las imágenes y de las representaciones que estructuran la propia relación con la subjetividad (Braidotti, 1998)

La relación asimétrica entre los sexos afecta su respectiva relación con la otredad. En el sistema falogocéntrico, la "otredad" de las mujeres en relación con otro permanece irrepresentable, porque el "otro" periférico se conceptualiza en función y en relación con el centro masculino. Irigaray se refiere al primero como "lo otro de lo Otro" y al último como "lo Otro de lo Mismo". Bajo el encabezamiento de "doble sintaxis" las feministas de la diferencia sexual defienden esta diferencia irreductible e irreversible no sólo de la Mujer respecto del Varón y, consecuentemente, de la mujer de la vida real respecto de la Mujer-como-Otro sino también de las mujeres entre sí.

En la línea de la comprensión foucaultiana de la subjetividad, la feminidad se entiende tanto como un monumento como un documento. Es decir: ambos son un conjunto de convenciones sociales y una red de discursos sociales, legales, médicos, entre otros, que combinados construyen un tipo femenino estandarizado "normal" (Foucault, 1977) En otras palabras, el énfasis en la estructura profunda apunta a extender la idea de la construcción social de las formaciones identificatorias y facilita que las prácticas feministas las tomen en cuenta. De esto se concluye que las políticas feministas desafían las estructuras de representación y los valores socio-políticos atribuidos a la Mujer como lo otro en el sistema patriarcal, a la par que extiende este desafío a las estructuras profundas de la

identidad de cada mujer. Así, la afirmación "no se nace mujer, se llega a serlo" (Beauvoir, 1981) debe extenderse hasta cubrir también las formas identificatorias inconscientes de las mujeres respecto de la feminidad y de la masculinidad, que pueden resistir procesos conscientes y voluntarios de transformación política.

Contrariamente a las concepciones unitarias, la teoría de la diferencia sexual postula que cada mujer es una multiplicidad en sí misma: está marcada por un conjunto de diferencias dentro de sí misma, que la convierten en una fragmentación, una entidad anudada, construida sobre las intersecciones de los niveles de la experiencia. Para mi trabajo, es de especial relevancia la discrepancia entre los deseos inconscientes y las elecciones voluntarias, que tienden a proporcionar un análisis más adecuado de la acción femenina. Muestra la actualidad y la complejidad de una pregunta: ¿por qué no todas las mujeres viven de igual manera la menopausia?

Desafiando la definición cartesiana de sujeto, en tanto que solapado con la conciencia racional de el/la es necesario subrayar que para la teoría de la diferencia sexual, el sujeto feminista no es una unidad puramente auto-exhortativa o auto-representacional: es también el sujeto de su inconsciente y, en tanto que tal, abriga un conjunto de relaciones mediadas de las estructuras mismas que condicionan las situaciones de la vida. En ese sentido no hay relaciones no-mediadas de género, raza, clase, edad, o elección sexual. La identidad es un nombre dado a este conjunto de potencialidades contradictorias y variables: es múltiple y fracturado; es relacional en tanto que requiere un vínculo con los "otros"; es retrospectivo en la medida en que funciona a través del recuerdo y la memoria. Por último, aunque no menos importante, la identidad se forma con sucesivas identificaciones, es decir, con imágenes internalizadas que escapan al control racional.

El proyecto político de la diferencia sexual es una teoría de la legitimación de las mujeres basada en un uso estratégico de repeticiones reconstructivas. Sin embargo, aún no se ha resuelto ¿cómo desvincular la propia identificación de ciertas imágenes, formas de comportamiento y expectativas constitutivas de la feminidad? Irigaray llama "mimesis" (Irigaray, 1982) a la estrategia que consiste en revisar, re-aprehender y re-poseer la posición del sujeto mujer por una mujer que ha tomado distancia de la Mujer del punto de partida falogocéntrico. La escuela italiana denomina a este proceso la afirmación de un sistema simbólico alternativo.

El punto de partida en ambos casos es la voluntad política de afirmar específicamente lo vivido, la experiencia de la mujer encarnada. Se afirma también la voluntad de re-vincular el proyecto pos-estructuralista de deconstrucción de subjetividades fijas, con la legitimación social y política del cuerpo encarnado de las mujeres. La filosofía de la diferencia sexual sostiene que es histórica y políticamente urgente generar nociones legitimadas de subjetividad femenina. En respuesta a esto, y a fin de evitar contra-afirmaciones esencialistas de la identidad, Braidotti sostiene que el feminismo de la diferencia es una estrategia que atraviesa las capas de sedimentación de significados y de significaciones que rodean la noción de Mujer, en el preciso momento en que en su historicidad esta noción ha perdido su unidad sustancial, debido a la decadencia del humanismo clásico. El objetivo del ejercicio mimético que Irigaray sugiere es revisar lo femenino, es abrir espacios para representaciones alternativas de mujer dentro de esencias previamente fijadas. La posmodernidad ha puesto la feminidad al alcance de las feministas como aquello que requiere ser reconstruido y retrabajado. En este sentido, considero que el significado de la menopausia debe también ser replanteado con el fin de superar la imagen peyorativa que bajo la visión falogocéntrica se ha construido y que algunas mujeres han internalizado.

Braidotti, por su parte, ha propuesto redefinir mimesis como la política del "como si", es decir, como un cuidadoso uso de las repeticiones que confirmen a

las mujeres en una relación paradójica con la feminidad, pero que también intensifiquen el valor subversivo de la distancia paradójica que las mujeres (feministas) tienen con esa feminidad. Desde esta perspectiva, la búsqueda de representaciones alternativas de subjetividad femenina requiere la reabsorción de las representaciones establecidas para, por y en nombre de las mujeres: post-Mujer. "No puede abandonarse el significante mujer de modo meramente volitivo: debe ser consumido y reapropiado colectivamente desde dentro; más aún, se deben negociar las formas de implementación social de las nuevas posiciones de sujeto" (Braidotti, 1998: 301) Sin embargo, el tipo de proceso transformativo que reclama el feminismo es lento y lleva mucho tiempo porque mueve aspectos profundos y potencialmente contradictorios de la subjetividad femenina.

Un elemento crucial de este proceso es el sentido de las genealogías de mujeres. Desde Foucault, las genealogías conforman una escala acumulativa de mujeres encarnadas y llenas de experiencia, que constituye un legado simbólico. Mientras que Irigaray y la Escuela de Milán enfatizan las raíces maternas de la genealogía, Braidotti prefiere localizarlas en la práctica política feminista, el punto de partida que constituye la localización del cuerpo encarnado. Teniendo esto en cuenta, en la versión des-esencializada que proponen las teóricas feministas post-estructuralistas de la diferencia sexual, el yo se define como la intersección de muchos campos de experiencias y de fuerzas sociales. Al respecto Braidotti señala que la naturaleza del yo (self) tiene mucho que ver con el tiempo y la memoria, pues es la capacidad de recordar la que proporciona al sujeto la unidad imaginaria y el sentido de la continuidad necesarios para funcionar tanto internamente como socialmente. Mientras el sistema falogocéntrico masculino coloniza el imaginario de las mujeres, el proyecto del feminismo debe tanto resistir como abrir espacios alternativos para las mujeres, a fin de redefinir colectivamente sus experiencias singulares como "lo otro del Otro" (Braidotti, 1998)

La diferencia sexual no es más que el significado que se da al propio ser mujer. Y es, por tanto, del orden simbólico. Los humanos construimos un lenguaje simbólico a través del cual se sustituye cosas por conceptos. De manera simple se puede decir que los humanos poseemos un código personal, cultural e incluso de género por el que traducimos los significantes (realidades de cualquier tipo) a significados determinados. Es decir, que las cosas no son lo que son, sino lo que significan. Y ese código, que sería como un lenguaje cifrado, es el símbolo (Berger y Luckmann, 1986)

Sin embargo lo que las cosas significan para cada quién tiene también que ver con las estructuras psíquicas más profundas; así pues, el código (símbolo) también pone en comunicación el inconsciente con el consciente. El feminismo de la diferencia es consciente de que la realidad estructural sigue funcionando y repitiéndose a sí misma porque el mundo simbólico androcéntrico continúa inalterable. Es decir, porque la dominación simbólica, agazapada, está inscrita en el inconsciente de nuestra civilización (Sendón, 2002)

Pierre Bourdieu publicó un estudio muy interesante sobre la sociedad de la Cabilia, en la que el dominio patriarcal es evidente: la división del trabajo, la sumisión de las mujeres o la primacía del varón se viven con toda naturalidad y sin ser cuestionados. La conclusión de Bourdieu es que, lo que en esa sociedad es evidente y se muestra a la luz del día, está reflejando lo que en nuestras "sociedades avanzadas" anida en estructuras simbólicas tan profundas que a veces no les puede detectar, de suerte que lo que en la Cabilia es real, entre nosotros es simbólico (Bourdieu, 2000). Habrá que afinar muchísimo aún para conseguir detectar y desentrañar la dominación simbólica que se ha impuesto y que se acata sin conciencia de ello. Sólo, tal vez, en contraste con otro orden simbólico podría salir a la luz todo lo que de dominación existe en las conductas, los sueños, las mentiras, en los deseos jamás contados.

Sin embargo ¿cuál es ese otro orden simbólico? ¿Existe de modo incipiente? ¿Hemos de crearlo? De acuerdo con Victoria Sendón, crear orden simbólico pasa por el proceso de autosignificarse, es decir, lo que hacemos las mujeres puede ser significativo y valioso, sea igual o no a lo que hacen los hombres, pero depende de cómo lo hagamos. Sendón explica que se crea orden simbólico con el modo de vivir, de hablar, de amar, de relacionarse, de trabajar, de ejercer el poder o cuando todo eso se hace significativo, cuando no es "más de lo mismo" y, por tanto, podemos asignarle una significación diferente. Aunque lo difícil es, precisamente, hacerlo significativo. Sendón acepta que crear orden simbólico no es nada fácil, por el contrario, es tan difícil como "hacer visible lo invisible", por lo que esta acción exige una política consciente de nuestra parte. Esta feminista española indica que crear orden simbólico es una tarea colectiva, además de individual, porque de lo contrario sólo se encarnar "excepciones que confirman la regla". Para crear orden simbólico, Sendón recomienda que es muy efectivo el humor con el fin desprestigiar determinados roles, funciones, jerarquías y figuras que encarnan el dominio simbólico de modo solemne, honorífico, significante y prestigioso (Sendón, 2002)

La creación del orden simbólico es una tarea específica del feminismo de la diferencia, una tarea nada fácil y en absoluto espontánea, pues hay que darle muchas vueltas al asunto para no caer en "esencialismos feminoides" que lo único que consiguen es confirmar la asignación de género que se nos ha impuesto. En la sociedad mexicana la menopausia es un proceso que las mujeres posiblemente viven de forma diferencial pero sin duda se encuentra estrechamente relacionada con la significación que cada una le da a su cuerpo.

2. La diferencia sexual como categoría de análisis y las implicaciones de ésta en la menopausia

En el debate teórico sobre el género se incluyen varias cuestiones que constituyen a esta categoría analítica, uno de ellos y que es de fundamental importancia para abordar el tema de la menopausia es el de la diferencia sexual.

La diferencia sexual se ha abordado desde el estudio de diferentes disciplinas: la antropología, el psicoanálisis, la sociología, entre otras; pero todas ellas parten de una base material que es el cuerpo humano. En su libro *La dominación masculina,* Pierre Bourdie explica que:

> El mundo social construye el cuerpo como realidad sexuada y como depositario de principios de visión y de división sexuantes. El programa social de percepción incorporado se aplica a todas las cosas del mundo, y en primer lugar al *cuerpo en sí*, en su realidad biológica: es el que construye la diferencia entre los sexos biológicos de acuerdo con los principios de una visión mítica del mundo arraigada en la relación arbitraria de dominación de los hombres sobre las mujeres, inscrita a su vez, junto con la división del trabajo, en la realidad del orden social. La diferencia biológica entre los sexos, es decir, entre los cuerpos masculino y femenino, y, muy especialmente, la diferencia anatómica entre los órganos sexuales, puede aparecer de ese modo como la justificación natural de la diferencia socialmente establecida entre los sexos, y en especial de la división sexual del trabajo (Bourdie, 2000:24)

El cuerpo humano es la primera evidencia tangible de la diferencia sexual pero dicha diferencia es significada y regulada culturalmente dependiendo del momento histórico y de la sociedad particular de la que se trate. Thomas Laqueur hace un análisis histórico de la construcción del sexo, desde los griegos hasta Freud, y demuestra que:

> El sexo, como el ser humano, es contextual. Los intentos de aislarlo de su medio discursivo, socialmente determinado, están condenados al fracaso...ese cuerpo privado, cerrado y estable, que parece subyacer en la

base de las nociones modernas de la diferencia sexual, es también producto de momentos culturales e históricos (Laqueur, 1994: 42)

En su estudio *Mujer, mujeres y género,* Susana Narotzky señala que desde 1950, Margaret Mead en su obra *Sex and Temperamente in three primitive societies,* ya planteaba que: Las diferencias biológicas de cada sexo no suponen rasgos innatos de temperamento "masculino" o "femenino"; son las sociedades las que construyen una diferenciación social que asigna a cada sexo roles determinados (Narotzky, 1995: 19)

Partiendo del planteamiento de Mead habría que preguntarse si a las mujeres en la menopausia se les asigna un rol específico; y sobre la base de qué formas de relación social se les asigna. De igual forma, si no hay temperamentos innatos entre hombres y mujeres, habría que indagar a qué obedece la concepción ampliamente difundida de que el temperamento de las mujeres cambia cuando éstas atraviesan por la menopausia.

Marta Lamas en su artículo: Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "género", define la diferencia sexual como: "...una realidad corpórea y psíquica, presente en todas las razas, etnias, clases, culturas y épocas históricas, que nos afecta subjetiva, biológica y culturalmente" (Lamas, 1996: 351) Asimismo, señala que la preocupación sobre la diferencia sexual y el interés por la reproducción marcan la forma en que la sociedad contempla a los sexos y los ordena en correspondencia con sus supuestos papeles "naturales".

Para respaldar el argumento de que las diferencias sexuales son socialmente construidas, Joan Scott retoma al sociólogo francés Pierre Bourdieu, quien en su obra: *El sentido práctico*, afirma: "...la "división del mundo", está basada en referencias a las "diferencias biológicas y sobre todo a las que se refieren a la división del trabajo de procreación y reproducción", tales diferencias actúan como la "mejor forma fundada de las ilusiones colectivas" (Bourdieu, 1991)

Partiendo de las diferencias biológicas que señala Bourdieu, cabría preguntar si esas "ilusiones colectivas" también se hacen extensivas hacia las mujeres que han llegado a la menopausia y de no ser así, sobre qué bases se sustenta ese estereotipo.

Por su parte Teresita De Barbieri considera que cada sociedad y cada cultura construyen a partir de las diferencias corporales un ordenamiento social bajo el cual los individuos encuentran y reelaboran sus vidas concretas. Esta investigadora considera que son los cuerpos de las mujeres los que tienen la probabilidad, en una etapa de la vida: de la menarquia a la menopausia, de generar otro cuerpo humano. En forma categórica De Barbieri asevera: "Unos cuerpos aseguran la supervivencia colectiva; de unos cuerpos -de mujer- sale vida humana; de otros, de varón, sólo fluidos". (Barbieri de, 1996:74) Sin omitir las nuevas técnicas de reproducción humana, para esta autora la capacidad reproductiva de las mujeres sigue siendo altamente valorada en la sociedad contemporánea y en esa probabilidad reproductiva reside un poder. De Barbieri argumenta que menstruar, hacerlo o dejar de hacerlo, son acontecimientos corporales que distinguen a las mujeres entre ellas y las pueden construir en categorías aparte. La obra de De Barbieri permite reflexionar acerca de la normatividad social que se distingue y establece para las mujeres, según su edad, condición social o económica.

En el artículo de Marta Lamas arriba citado, esta investigadora afirma que no hay cuerpo que no haya sido marcado por la cultura:

> El rechazo a la perspectiva que habla de lo "natural" o de una "esencia" (masculina o femenina) se fundamenta en ese reconocimiento. En cambio, si aceptamos, siguiendo a Foucault, que el cuerpo es un territorio sobre el que se construye una red de placeres e intercambios corporales, a los que los discursos dotan de significados podemos pensar que las prohibiciones y sanciones que le dan forma y direccionalidad a la sexualidad, que la regulan y reglamentan, pueden ser transformados (Lamas, 1996: 360)

Este planteamiento lleva a pensar en la posibilidad de cambiar patrones culturales y estereotipos de la mujer menopáusica. A partir de considerar que la esperanza de vida se ha ido prolongando y que en la perspectiva de este nuevo milenio el avance científico y tecnológico pretenden mejorar y aplazar la vida del género humano, cabría preguntarse si la concepción de la menopausia pudiese seguir siendo la que ha prevalecido en el último lustro del siglo XX, o podría cambiar ante las perspectivas que se vislumbran con el avance de las nuevas tecnologías de reproducción humana.

Un punto de vista que no se puede dejar de lado en lo que a la construcción social de la diferencia sexual se refiere es el de Judith Butler, quien propone desarrollar "una estrategia para desnaturalizar los cuerpos y resignificar categorías corporales". Entre muchas preguntas que Butler se hace en *El género en disputa*, me parece oportuno rescatar aquélla que plantea ¿Se constituye la "naturalidad" a través de actos que producen reacciones en el cuerpo? (Butler, 2001: 41) Rescato esta de varias otras preguntas porque me parece que esta interrogante de Butler puede vincularse al tema de la menopausia, en el sentido de que es un periodo del ciclo de vida de la mujer que se le asocia con un sin fin de reacciones corporales que se diagnostican como "naturales" de este periodo y a partir de ello se le da un significado particular que habría que ubicar, según las propias mujeres de las que se trate.

Una reflexión que me parece pertinente mencionar es que, en el esfuerzo por desencializar lo "natural" de la diferencia sexual corpórea de los seres humanos, se ha caído en otro extremo: el determinismo cultural. Al parecer todo estaría regido por la cultura: los géneros, la sexualidad, la menopausia, etc. A pesar de que el debate no ha concluido, desde mi punto de vista, es necesario alertar sobre los riesgos del determinismo cultural, pues podría ser tan peligroso como el esencialismo biológico. El hecho de que no haya sujeto sin lenguaje y que sólo exista dentro de una estructura simbólica no debiera excluir la reflexión sobre

la materialidad de los cuerpos sexuados. Hacia finales del siglo XX, la biología vuelve a cobrar presencia en las reflexiones feministas, ello debido a que la incógnita acerca de la diferencia sexual del cuerpo humano sigue causando debates (Lamas, 2006) El tema de la menopausia permite retomar estos debates, además de retomar las discusiones acerca de lo orgánico, lo biológico, y lo material del cuerpo humano, a la luz de las nuevas tecnologías reproductivas y de los nuevos avances científicos que se han dado al respecto. A continuación veremos algunos ejemplos sobre la diversidad sociocultural de la menopausia y como en todos los casos se refleja la condición que en esas sociedades guarda el cuerpo femenino.

3. Diversidad socio-cultural de la menopausia

Desde una perspectiva de género, el cuerpo se define como ese territorio opaco y fragmentario donde se aterrizan los significados culturales de la diferencia sexual, lugar en el que se concretan prácticas discursivas diversas, en el que tiene lugar la producción del sujeto sexuado, instrumento y agente de prácticas sexuales y sociales. La diversidad del cuerpo, se significa desde distintos lugares de los espacios discursivos, y donde la lógica de género despliega sus particulares coordenadas.

Los estudios de otras sociedades muestran que el estereotipo de la mujer menopáusica no es universal, lo cual indica que las reacciones negativas hacia ciertos procesos fisiológicos comunes, como la menstruación y la menopausia, son establecidas por culturas determinadas. En algunos países en los que se venera la edad avanzada y los ancianos son respetados por sus experiencias y sabiduría, las mujeres mayores, al parecer, manifiestan menos síntomas físicos y psicológicos. Por ejemplo se dice que las mujeres sudafricanas, asiáticas y árabes reciben con beneplácito el término de sus años de fertilidad, y existen datos de que tienen una actitud positiva hacia ese cambio de vida (Cherry, 1979).

La menopausia se presenta, generalmente, entre los 41 y 58 años de edad, pero el promedio es variable según diversos países. Algunos estudios médicos muestran que en México se presenta en promedio a los 48.5 años de edad, en Perú, Pakistán y Chile a los 47, en Estados Unidos de Norteamérica y Holanda a los 50, en Inglaterra a los 51; por citar algunos ejemplos (Rodríguez, 2000)

La edad en que ocurre la menopausia presenta diferencias regionales, que de acuerdo con Siobán Harlow tienen que ver con las condiciones nutricionales de cada mujer más que con las variaciones geográficas que inciden en el tiempo de la maduración reproductiva y de la senectud (Harlow, 1996) Para Carmen Valls en cambio, no existe una causa determinante sino que intervienen múltiples factores, uno de ellos es el genético, lo que explicaría la diferencia entre las razas. También influye la alimentación, los hábitos higiénicos, el nivel de vida, las enfermedades, etc., sucede, por ejemplo, que en una misma familia, en mujeres de distintas generaciones, poco a poco se produce un retraso de la menopausia. Asimismo se ha observado que la mejora en el nivel socioeconómico influye en el hecho de que la menopausia se retrase. Por el contrario, hay otros factores como las enfermedades y el tabaco, que apresuran la edad de su aparición (Valls, 1999)

Sin embargo, para Norma Ojeda es importante considerar también el contexto sociocultural en que ocurren los eventos del curso de vida de una mujer. Esta investigadora social considera el espacio o lugar de vida, además de la temporalidad, como parámetros para abordar la salud reproductiva de las mujeres; y afirma que "las diferentes condiciones sociales de vida, las actitudes frente a la reproducción y a la crianza de los hijos, etc., que existen entre hombres y mujeres varían según los significados socioculturales que se le asignan a estas diferencias entre géneros en los contextos socioculturales propios de tales lugares (Ojeda, 1999:31)

Los datos antropológicos que han investigado explícitamente sobre la menopausia en otras culturas sugieren una gran diversidad. Flint afirma que, en aquellas sociedades en las que el cese de la menstruación simboliza la nueva

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

libertad, como en la India, por ejemplo, la menopausia es un momento de júbilo. A diferencia de una gran cantidad de mujeres de los Estados Unidos, entre las mujeres de Rajput, India, se registran pocos problemas con la menopausia y los cambios menstruales, lo que puede ser resultado de los cambios positivos de rol ("recompensas") al convertirse en menopáusica. Las hindúes de la casta rajput no se quejan de depresión ni de síntomas psicológicos porque, debido a la menopausia, quedan liberadas de la invisibilidad que supone el velo y por fin están en condiciones de reunirse con los hombres y bromear con ellos (Flint, 1975). Se han registrado resultados similares entre las ancianas "inmigrantes" sikh en British Columbia (George, 1988)

Por el contrario, las madres judías de clase media eran las que padecían los más altos índices de depresión menopáusica; este hecho podría estar relacionado con la tendencia que tienen estas mujeres a vivir la vida a través de la de sus propios hijos. Un caso opuesto, se da en algunas comunidades negras en las que la abuela vive con la familia y cuida de los nietos mientras su hija trabaja, la incidencia de depresión en este caso era casi inexistente (Hall, 1995)

Algo parecido sucede entre los Mohawe, Devereux (citado por Langer y Romero,1994) ya que no se pudo registrar datos que indicaran que la menopausia fuera un periodo traumático y deprimente, la vida sexual de estas mujeres puede enriquecerse con nuevos matrimonios; el hombre joven y con hijos la busca a menudo por su experiencia y la capacidad de cuidar de él y de educar a sus hijos; es posible también que los nietos queden a su cuidado, y que pueda ocupar un lugar importante en la organización a partir de que se ha convertido en una mujer mayor.

En la casta de los Reputs en América del Sur el climaterio en las mujeres da ciertos privilegios como participar en el gobierno o asistir a ciertas fiestas religiosas hasta entonces prohibidas. Para las mujeres de la cultura árabe-zulú

entre las consideraciones obtenidas en esta etapa está la elección de la esposa para el marido. En la tribu Etiope Quemart las mujeres se convierten en curanderas, pueden caminar sobre la tierra santa y tocar alimentos rituales. Las mujeres Bantues de Sudáfrica participan en la purificación de armas y comen carne de carnero; en estos lugares los síntomas del climaterio se reportan poco intensos (Ojeda, 1995)

Después de la menopausia muchas sociedades conceden a la mujer un grado de libertad superior al que le permitirían durante el periodo fértil, nos informa la antropóloga Bateson (citada por Sheehy G., 1993), esto podría deberse al hecho de que las mujeres ya no representan un riesgo de "contaminación" o a que ya no necesitan ser secuestradas en tanto objetos sexuales a través de los cuales sus maridos se podrían ver deshonrados.

En el Sexto Congreso Internacional sobre Menopausia, celebrado en Bangkok a finales de 1990, se informó, con base en a un estudio de mujeres de Hong Kong, Malasia, Filipinas, Corea del Sur, Taiwán, Indonesia y Singapur, que las mujeres asiáticas aún cuando entran a la menopausia un poco después de los 51 años, muy parecido a las occidentales, presentan menos síntomas y éstos son menos severos que las menopáusicas occidentales (Flores Velásquez, 1994)

En China, donde existe una actitud de reconocimiento y veneración hacia la ancianidad, casi nunca se mencionan síntomas menopáusicos. Por su parte, la antropóloga Margaret Lock estudió a mil japonesas y observó que el 65% considera la menopausia un acontecimiento sin incidentes. El idioma japonés no tiene una palabra para referirse a los sofocos, aunque la misma antropóloga agrega que esto puede deberse a la diferencia en la dieta y el ejercicio físico enérgico que incluso abarca a las ancianas. En la sangre de las japonesas se presentan altos niveles de estrógenos y de calcio debido a una alimentación dominada por soya y pescado. Lock, en su extenso trabajo sobre las actitudes

respecto a la menopausia en Japón, dice que el nivel de síntomas somáticos característicos (sofocaciones, sudoraciones nocturnas y sudor repentino) es muy bajo: un 12,6% y un 10,8% de las mujeres japonesas peri o posmenopáusicas respectivamente habían tenido sofocaciones, mientras que en un estudio similar en Manitoba (Lock, 1982) el índice era de 39,7% y 38,6%. Lock termina diciendo que:

> A pesar de la escasez de datos, está claro que la variación es enorme y que sólo el cese de la menstruación y el descenso de la producción de estrógenos son fenómenos universales, mientras que las sofocaciones y los sudores probablemente ocurran en la mayoría de las culturas, pero no son considerados en modo alguno como inevitables y no están necesariamente asociados a la menopausia... La experiencia está sujeta a un considerable condicionamiento social y cultural (Lock, 1982:264)

En un estudio sobre el significado cultural y las manifestaciones fisiológicas de la menopausia, realizado por Beyene (1986) entre mujeres mayas de México del medio rural y mujeres griegas de un medio montañoso, se encontró que la percepción y la experiencia acerca de la menopausia varía culturalmente, señalando que la ausencia de síntomas fisiológicos como los bochornos, en algunas culturas requiere de más explicaciones que los factores sociales del desarrollo, y por lo tanto se deben considerar otros factores como el medio ambiente, la dieta, la fertilidad de los padres y diferencias genéticas, que pueden estar involucrados en las variaciones de la experiencia menopáusica. Concluye que algunos factores socioculturales como el ganar estatus y el remover tabúes son explicaciones inadecuadas para explicar las variaciones en las experiencias menopáusicas de las mujeres, sin embargo acepta que el estudio de estos últimos factores puede contribuir a explicar cómo afectan la producción y el equilibrio hormonal del cuerpo de las mujeres (Beyene ,1986)

El trabajo intercultural refuerza la falacia de un síndrome menopáusico universal y ha hecho surgir dudas incluso respecto a los síntomas vasomotores.

Townsend y Carbone (1980), en su revisión de la primera literatura antropológica, han demostrado una extensa variación en la presentación de la menopausia. Refiriéndose al trabajo de Griffin (1977) y otros, nos indican que hay pocas culturas en el mundo en las que se contempla un cambio de conducta, aunque sí hay otras que hablan de "retirada de la conducta social", "mayor libertad y privilegios" y el conseguir "poderes sobrenaturales y sociales específicos (Townsend y Carbone, 1980:231) Con estos antecedentes no es de extrañar que existan interpretaciones opuestas respecto a la menopausia.

En el caso mexicano, concretamente en la ciudad de México, llama la atención la variedad de mitos y adjetivos peyorativos que se expresan acerca de la mujer menopáusica, como son: la menopausia es una enfermedad, la menopausia es sinónimo de declinación y envejecimiento, la mujer pierde su feminidad después de la menopausia, menopausia es el fin de la vida romántica y sexual, etcétera. Es interesante observar cómo un hecho biológico como la menopausia se encuentra ideologizado y caracterizado de manera tan negativa. Asimismo se observa que el estereotipo de la mujer menopáusica es un acto deliberado y una expresión más de las desigualdades genéricas que existen en la sociedad mexicana. Como ejemplo, basta ver los programas gubernamentales de salud dirigidos a las mujeres, en donde se encuentran algunas alusiones acerca de las mujeres en la edad de la menopausia en las que se refieren a ellas como: población añosa, postmenopáusica, climatéricas o de la tercera edad (Programa Nacional de la Mujer 1995-2000: 41; Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000: 11) Asimismo es notable la ausencia de políticas públicas dirigidas a mujeres que se encuentran fuera de la edad reproductiva. Aunque los rangos de las edades de las mujeres maduras varían entre los 49 a los 65 años de edad, dependiendo de si se trata de censos, encuestas, programas de salud, o alguna otra fuente, lo que llama la atención es que la edad es un factor que va a pesar a la hora de definir las oportunidades con que cuentan las mujeres.

A pesar de que en México se ha incrementado el promedio de vida de la población, es evidente que en la sociedad mexicana las mujeres que rebasan los 45 años generalmente son consideradas como mujeres viejas. Así lo manifiesta Sofía, una de las mujeres feministas que fue entrevistada, al afirmar:

> "...asociamos menopausia con vejez, con pérdida de los atractivos femeninos. La mujer "vieja bruja" se instala en nuestra mente con toda la fuerza del mito. Estoy convencida que aprender a conectarnos con la realidad de los valores propios de la madurez ayuda a luchar contra los fantasmas" (Sofía, feminista)

Como afirma Hareven, la edad y el envejecimiento se relacionan con fenómenos biológicos, pero los significados de ambos son determinados por la sociedad y la cultura (Hareven, 1978) El envejecimiento de la población humana constituye un dato de la realidad social contemporánea. La disminución de la fecundidad y el combate a las enfermedades ha aumentado como nunca antes el promedio de vida de la población. Sin embargo, existe una falta de comprensión relacionada con la inevitabilidad de envejecer. Es común definir a la población madura con base sólo en un criterio cronológico y se soslayan otras dimensiones como las socioculturales, por mencionar un ejemplo. Si bien existen ciertos cambios somáticos y psicológicos asociados con el proceso normal de envejecimiento, en la mayoría de las sociedades contemporáneas existe un prejuicio dentro de un sistema de valores que exalta a la juventud como sinónimo de éxito y buena salud física y mental. Por consiguiente, al igual que la división sexual del trabajo, la menopausia, como otras etapas del ciclo vital, es también una construcción social e histórica y posee el significado que el modelo cultural vigente da a los procesos biológicos que la caracterizan.

La etapa de la menopausia puede implicar una amplia gama de cambios a todos los niveles: físico, psicológico y social. En muchas ocasiones estos cambios son difíciles de diferenciar y pueden ser explicados por varios factores, entre ellos: a) hipoestrogenismo; b) factores constitucionales y hereditarios; c) características

de la historia sexual; d) modelos de relación familiar; y e) historia de la relación con el entorno social (Morales, 1996) De este modo es claro que la menopausia desborda el ámbito de lo fisiológico para centrarse en la trama de influencias recíprocas que median entre los factores biológicos ligados al sexo, las definiciones y valoraciones que cada cultura le asigna, y los patrones que rigen las relaciones inter-sexos. Por consiguiente, la menopausia no es sólo un evento biológico sino un fenómeno fundamentalmente psicosocial que impacta de manera importante a las mujeres, involucrando un amplio intervalo de su vida debido al aumento progresivo en la esperanza de vida de la población. Sin embargo es hasta hace poco que se le ha dado un lugar especial en la investigación social a esta etapa del ciclo de vida de la mujer.

Por lo expuesto anteriormente, para hacer un análisis de la menopausia es necesario no sólo considerar aspectos biomédicos sino también considerar los aspectos socioculturales. En México este tipo de análisis se ha empezado a promover (Castañeda, 1993; Rosales, 1998; Pelcastre, 1999; García 1999), como una réplica a la corriente del discurso médico que ha concebido la menopausia como un padecimiento que requiere atención médica especializada. En efecto, existen numerosos estudios alrededor de la menopausia y la inmanente prioridad sobre aspectos hormonales y fisiológicos pero aún ha sido poco explorado el tema de las mujeres mexicanas y cómo estas viven la menopausia, qué significado guarda para ellas y qué tipo de acciones la acompañan.

Los estudios de Rosales, Pelcastre y García tienen por objeto caracterizar los significados que las mujeres de diferentes zonas del país (Quintana Roo, Morelos y Oaxaca) le atribuyen al proceso de la menopausia. Dichos estudios muestran que en la sociedad mexicana existe un estereotipo de cuerpo menopáusico promovido en gran medida por el discurso médico hegemónico y por una cultura que promueve una imagen de mujer valorada en sus atractivos físicos y su capacidad reproductora. Los resultados de estos estudios muestran que es

difícil significar la menopausia como proceso aislado, pues se trata de un episodio de la vida de las mujeres que trastoca muchos ámbitos y que involucra tanto a las mujeres como a los hombres; en esta conjunción de factores intervienen aspectos tales como la concepción del cuerpo y la práctica de la sexualidad, así como la actitud frente al proceso de envejecimiento y las posibles reacciones ante los diferentes cambios que se suceden. También muestran que las mujeres entrevistadas viven la menopausia de forma diferencial, y que se encuentra estrechamente relacionada con la significación de la vejez, el nivel de escolaridad, la edad de las mujeres, su cultura, entre otros factores y recursos con los que cada mujer cuenta.

No obstante, para algunas personas de la sociedad mexicana, la palabra menopausia les trae a la mente la imagen de una mujer emocionalmente perturbada, a veces histérica; privada en cierta forma de su sexualidad y de poca utilidad social. De esta manera la imagen de la mujer menopáusica tiene que ver con su contexto sociocultural, es decir el lugar que ocupa dentro del sistema social. Es por ello que se pueden hallar vivencias diferentes entre distintos grupos, ejemplo de esto es lo expuesto por Castañeda (1993) quien realizó un estudio con mujeres nahuas quienes manifestaron que viven la menopausia sin preocupación, pues cuando llegan a pertenecer a este grupo de edad ya son viudas, o han sido abandonadas o sus compañeros son casi ancianos y se ha dado ya un proceso de interdependencia en el seno del grupo doméstico.

Estas mujeres nahuas consideran que dejan de ser impuras y portadoras de peligros para los hombre y entre ellas mismas. Al mismo tiempo, ganan autoridad y reconocimiento, forman parte de otro grupo de edad, el de "las señoras grandes", que se consideran a sí mismas como viejas, adquieren un reconocimiento distinto en tanto tienen posibilidades de una mayor participación en la familia y en la comunidad. Además, tienen un papel importante en la medicina doméstica ya que curan con recetas caseras y cuentan con mayor

libertad para hablar sobre cualquier tema, pues poseen la experiencia y edad suficiente para hacerlo.

Otro estudio llevado a cabo con mujeres de Cuernavaca, también muestra algunos rasgos positivos identificados por las mujeres en relación con la menopausia, entre estos se encuentran el hecho de que algunas de ellas relacionen la menopausia con la liberación de la menstruación, el riesgo de embarazos y las demandas conyugales (Pelcastre, 1999)

Por lo anteriormente expuesto se puede afirmar que la experiencia de las mujeres sobre la menopausia es inseparable de su contexto sociocultural y de la significación personal que cada mujer le da a este evento de su ciclo vital. Razón por la cual es importante prestar atención a lo que dicen las mujeres de diferentes sectores y clases sociales, del ámbito urbano y rural, de otras regiones del país, y con diversas concepciones del mundo, para seguir construyendo un conocimiento más profundo de las mujeres durante la etapa de la menopausia que permita incorporar el sentir y el saber de las mujeres durante esta etapa; para poder ir rompiendo estereotipos y formas aprehendidas, frecuentemente equivocadas, de lo que son las mujeres que atraviesan por un cambio más en el ciclo de vida.

4. Algunos planteamientos feministas acerca de la menopausia

En los inicios de la década de 1980, la propuesta de una nueva perspectiva para la atención de la salud de la mujer se formuló a partir del feminismo. La postura feminista dentro del estudio de la menopausia es que el discurso médico está impregnado por la ideología de género que nutre y da forma tanto a la manera en que los investigadores médicos definen y trabajan sobre su objeto de estudio, como en la forma en que la población interpreta y experimenta los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad.

Adherido a los marcos teóricos que enfatizaban los comportamientos sociopolíticos y culturales de la salud, el feminismo avanzó más allá de los elementos explicativos fundados en la pertenencia a determinados sectores o clases, aportando el señalamiento de una nueva dimensión de la desigualdad social que permite explicar fenómenos y situaciones sobre la salud de la mujer. Esto es, el feminismo incorporó al análisis médico (y a muchos otros ámbitos que en este estudio no se abordan) la categoría de género, enfatizando la problemática de la salud que para la mujer significa el hecho de ser construida como género femenino, dentro de un sistema asimétrico, que ha cruzado las distintas sociedades. En este estudio el género se refiere, como lo indica Norma Ojeda:

> ... a las construcciones culturales y subjetivas que son elaboradas alrededor de los sexos femenino y masculino. Dichas construcciones se han establecido como un conjunto de normas y prescripciones que la sociedad dicta, conformando de manera precisa los roles masculino y femenino, es decir, los roles de género. Dichos roles se inician en la apreciación de una diferencia sexual biológica y desembocan en una serie de prejuicios y desigualdades. Estos roles, que marcan la diferente participación de los hombres y las mujeres en las instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas, incluyen las actitudes, valores y expectativas que la sociedad define como femenino y masculino. Las relaciones entre los género incluyen redes de creencias, rasgos de personalidad, prácticas, símbolos, representaciones, valores, conductas, normas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social. La diferencia ha implicado subordinación de un género (el femenino) frente al otro (el masculino) (Ojeda, 1999, p. 25)

Desde esa percepción el feminismo propone nuevas formas de acción en los terrenos de la difusión, la educación, la atención de la salud, la prevención, los servicios, la organización y la participación en la salud de las mujeres. Asimismo busca incorporar como protagonistas a las propias mujeres y romper la relación jerárquica médico/paciente; concibiendo de una manera mucho más compleja, el proceso salud/enfermedad y por consiguiente, la promoción, prevención y asistencia médica.

Durante siglos, la religión, los modelos culturales y sociales, han valorado únicamente la función reproductora de las mujeres. Millones de ellas la han asumido como la única razón de su vida. Al acabar la etapa en la que es posible ser madres se da por terminada la razón social de existir. En ese sentido, la menopausia pudiera ser un evento de suma importancia para las mujeres que han vivido bajo este precepto. Franca Basaglia (1980 y 1983) y Marie Langer (1980) llegan a esta consideración al tomar como concreción de la vida, el cuerpo de la mujer y como eje, la sexualidad en su ciclo de vida.

Para el feminismo la menopausia no puede ser separada de la historia de las mujeres. Por el contrario, reconocer la historia de la menopausia es realizar una comprobación de la manipulación y la discriminación de que ha sido objeto la mujer. Tanto la menstruación como la menopausia, fenómenos que acontecen sólo en el cuerpo de la mujer, han sido utilizados como una forma de control científico del cuerpo femenino. La fecundidad y la feminidad se han mezclado a partir de la mirada "científica". Si la mujer deja de ser fecunda, se presupone que estaría perdiendo su feminidad y su propia identidad. La menopausia, al asociarse con el fin de la capacidad reproductiva, ha sido vista como el final de la vida útil de las mujeres. Bajo este enfoque, la sexualidad es inseparable de la reproducción, y la mujer menopáusica ha pasado a ser considerada como es un ser asexuado, inútil, y discriminado socialmente durante esta fase de su vida. Clara una de las mujeres feministas que participó en las entrevistas que se efectuaron para esta investigación dijo:

> "La menopausia para mí es como si te jubilaran. Pero sobre todas las cosas, la pérdida de memoria es mi punto débil. Me deprime, me hace sentir senil."

Para Marcela Lagarde (1990) la menopausia es un hecho político que contribuye a desvalorizar personalmente a las mujeres ya de por sí devaluadas como género, pues en la tabla de valores que otorga mayor calificación a las jóvenes fértiles, las mujeres menopáusicas representan lo inferior.

> "Las mujeres menopáusicas enfrentan la doble devaluación genérica: por ser mujeres, y por ser mujeres que no tienen ya las cualidades consideradas esencia de la feminidad. Para las mujeres más ceñidas al estereotipo dominante de madreesposa, para las más dependientes y definidas por el cuidado de los otros, la menopausia es la muerte real y simbólica de núcleos esenciales de su identidad..." (Lagarde, 1990, p. 692)

Los tratados médicos describen los temores, angustias, depresiones y la incapacidad de las mujeres para enfrentar la menopausia, ofreciendo distintas posiciones, consejos y medicinas que intentan superar estos "trastornos físicos y psíquicos", como si de una enfermedad se tratara. Basaglia sostiene en cambio que: "La menopausia es una realidad natural, pero es también una ideología, un veredicto de la naturaleza que se ha traducido como condena: se establece que esta mujer ya no es mujer porque no puede procrear más..." (Basaglia, 1983: 51) Así lo expresa Mónica, ama de casa entrevistada para esta investigación quien considera:

> "...menopausia es cuando la mujer deja de menstruar y ya no se puede tener hijos. Nunca hemos hablado de eso porque los temas de mujeres no le interesan a él..."

La crítica feminista dice que el discurso médico acerca de la menopausia es en realidad sexista, clasista y fuertemente influido por la información proveniente de las industrias farmacéuticas. La crítica a la medicalización de la menopausia resalta como un punto fundamental del discurso feminista. Según argumentan Greer, y otras autoras feministas (Gómez, Flores, Ojeda), la definición de la menopausia como dolencia y la difusión social de esta definición constituyen manifestaciones de una "cultura patriarcal" orientada hacia el control de los cuerpos femeninos, dirigida mediante la práctica médica occidental predominante masculina. Esta práctica se viene apropiando, crecientemente, de las posibilidades de interpretación de la experiencia de los episodios naturales del cuerpo femenino (Greer, 1991; Gómez, 1997; Flores, 1994; Ojeda, 1995).

Cardaci y Álvarez anotan, sin embargo que:

> "Como feministas estamos totalmente en contra del sistema médico como fuerza de la ideología sexista. Sin embargo, al mismo tiempo, dependemos totalmente de la tecnología médica para poder ejerce algunas de las más elementales y básicas libertades que tenemos como mujeres: libertad para embarazos no deseados, libertad de luchar en contra de padecimientos físicos crónicos. El sexismo que encontramos en las actitudes de los médicos puede repelernos, podemos enfurecernos ante el sexismo sofisticado que se hace pasar por teoría médica, sin embargo, no tenemos a quien recurrir cuando necesitamos un aborto, diafragma, antibióticos o cirugía." (Cardaci y Álvarez, 1980, p.73)

Otras feministas como Silvia Werthein y Susan Mallol, señalan que lo que es eficaz es el discurso médico, no las hormonas. Dicho de otra manera, no son las vicisitudes corporales por las que atraviesa la mujer en la menopausia las que deciden las exclusiones, sino los discursos de marginación y segregación del deseo, culturalmente instalados, los que determinan acerca del destino del cuerpo de la mujer. Asimismo afirman que, antes que los cambios corporales produzcan impacto psicológico, son los discursos vigentes, el imaginario social el que no sólo lee, sino que modela la forma denigradora y desvalorizada del cuerpo menopáusico (Werthein y Mallol, 1999: 12) Adriana, ama de casa entrevistada para este estudio nos da un ejemplo al respecto:

> "...te vas a comprar ropa y nada te queda, te sientes horrible frente a un espejo, estás trabajando y los sudores te angustian, vieras qué difícil, es como si estuvieras metida en otro cuerpo..."

Seguramente cada mujer vive los cambios de este periodo según su realidad, su familia, su trabajo, sus amistades, pero generalmente asusta el envejecer en una sociedad donde la juventud y la belleza es sinónimo de éxito y de futuro. Los mensajes negativos que han definido a la menopausia como la

etapa de la "histeria", de la "locura femenina", ha llevado a enfrentar con temor esta etapa del ciclo biológico femenino.

Los planteamientos hasta ahora propuestos por algunas feministas (Basaglia, 1983; Burin, 1987; Carreño, 1987) que han abordado el tema de la menopausia coinciden en señalar que ésta es una etapa "natural" de la vida de las mujeres, con características particulares que son utilizadas y deformadas para aumentar la desvalorización de la mujer. Lo cual trae como consecuencia: depresión, abatimiento, angustia, que no son producto de la menopausia en sí, sino de lo que ella implica socialmente.

En su trabajo sobre crisis vital en la mujer de edad madura, Dolly Carreño plantea la hipótesis de que: "El ciclo climatérico constituye una consideración de conductas que se establece aproximadamente cuando cesa definitivamente la capacidad reproductiva, generando en la mujer una crisis vital conducente a una reorganización de la identidad femenina" (Carreño, 1987: 314) Así lo expresa Adriana, ama de casa quien en la entrevista realizada relató lo siguiente:

> "Lo de los dos últimos embarazos que le platico que tuve y que no pude seguir, sí me llegaron a preocupar y a deprimir mucho, porque pensé: de qué servía que me embarazara si mi cuerpo no los podía retener. Algo estaba pasando en mí, y en esos momentos en que estaba en el ultrasonido y me decían que sí había habido embarazo pero que con el sangrado ya no era posible continuarlo, sí me llegué a sentir menos mujer."

Por su parte, en su texto "Reflexiones sobre la crisis de la mediana edad en las mujeres", Mabel Burin, plantea que la crisis de la mujer en este periodo de su vida puede asumir dos características: por una parte puede configurarse como una crisis negativa, plena de pena y dolor por la pérdida. Otra alternativa es la de usar este estado de reorganización psíquica para trascender de manera crítica a otro periodo de reubicación (Burin, 1987) Como en el caso de Andrea, lesbiana entrevistada en el presente estudio quien expresó:

> "Para mí la menopausia es una etapa de definiciones. Siento que he capitalizado bastante bien todo lo que viví, leí, aprendí, escuche, compartí. Esto me hace sentir valiosa, por el bagaje de conocimientos en muchas áreas."

Las sugerencias que las mujeres feministas plantean para hacer frente al periodo de la menopausia se dirigen a estar abiertas al comienzo de una nueva etapa que pueda presentar alternativas nuevas una vez que se termina la posibilidad de la reproducción biológica. Estas alternativas pueden dar comienzo al aprendizaje de nuevas relaciones, al desarrollo de otras capacidades y al descubrimiento de una sexualidad distinta, dirigida más al placer y al goce que a la reproducción.

Germaine Greer, en su libro: *El cambio: mujeres, envejecimiento y la menopausia*, considera que la menopausia no es ningún castigo, sino el tiempo para hacer un balance y un reconocimiento de su metamorfosis que puede llevar a un mayor encuentro consigo misma (Greer, 1991)

Por su parte, Blanca Ibarlucía, feminista argentina exiliada en Perú, expresa:

> "Somos menopáusicas, así lo asumimos y así queremos que se nos acepte, pero somos personas, somos mujeres que sentimos, pensamos, actuamos, amamos, tenemos relaciones sexuales gozosas y no tenemos que avergonzarnos de nada, ni escondernos. Como mujeres completas queremos nuestro espacio sin tener que disfrazarnos para parecer lo que no somos ni podemos ser: jóvenes" (Ibarlucía, 1984: 50)

Existen otros planteamientos feministas que ubican sus propuestas desde las terapias alternativas (Flores, 1994, Gómez, 1997), pues señalan que las molestias de este periodo se pueden resolver sin recurrir a tratamientos hormonales o con drogas. La naturopatía, junto con la acupuntura, la homeopatía

y la aromaterapia forman parte, entre otras, de lo que se denomina medicinas alternativas. Se trata de alternativas porque son una opción a los tratamientos convencionales. El objetivo de estas terapias es conservar la salud y curar las enfermedades pero utilizando remedios naturales y considerando una gran cantidad de aspectos de la vida de la paciente, a la que se le examina como un ente físico-psíquico indisociable.

La medicina alternativa define la enfermedad como un fenómeno de defensa o de adaptación ante condiciones anormales como pueden ser los hábitos dañinos, la invasión de materias extrañas o venenos introducidos a través de la alimentación o formados en el organismo por agentes externos. En la medicina alternativa la enfermedad se interpreta como una voz de alarma que emite el cuerpo para indicar que algo no va bien, y antes de suprimirlo hay que averiguar cuál es la causa que lo produce. Este aspecto es tal vez en el que existe una mayor diferencia entre la medicina alópata y la medicina alternativa, ya que mientras la primera tiende a suprimir el síntoma, la segunda se interesa por otros aspectos de la vida de la paciente como su entorno social o laboral, con el objetivo de averiguar si existe un componente emocional o de otro tipo, que le haya causado la enfermedad.

Desde el punto de vista de la medicina alternativa, existe una cultura de la enfermedad y una ignorancia sobre la salud. El hecho de que el gasto público sobre salud sea permanentemente insuficiente es un signo de que la sociedad está cada vez más enferma, situación que se ve notablemente agravada por las condiciones económicas por las que atraviesa la mayoría de la población mexicana.

Entre las alternativas que se proponen para afrontar la menopausia se encuentran los tratamientos homeopáticos o la reposición de estrógenos a base de hierbas que, según sus defensoras, bien aplicados pueden realmente

funcionar, con la ventaja de que no presentan los efectos colaterales de las hormonas sintéticas. Asimismo recomiendan la práctica de la relajación porque ésta ayuda recobrar la calma después de la tensión y mantiene el balance interior. Para ello se sugiere recurrir a diferentes métodos: meditación, oraciones, ejercicios de respiración, yoga, baños tibios, entre otros.

De acuerdo con estas propuestas, el ejercicio regular combinado con una dieta equilibrada, baja en grasas y rica en fibra, tiene un efecto directo en el mejoramiento de la función cardiaca y también ayuda a la prevención de la osteoporosis. Las vitaminas y los minerales de alimentos naturales son, por otra parte, buenas alternativas a los medicamentos.

Para Cristina Domingo, médica acupuntora, la menopausia es una etapa fisiológica de la mujer en que disminuye la energía Yang en el sistema de agua que dirige el riñón, los órganos sexuales y la reproducción. Al no eliminarse la sangre cada mes, como sucede con la menstruación, el calor no se libera por esa vía y se acumula. El calor siempre tiende a subir, como lo hace el aire caliente, o el fuego, y en éste caso asciende en el cuerpo. Por ello se producen síntomas de calor en la parte superior: las sofocaciones que afectan principalmente en la cara y la cabeza, alteraciones del sueño por hiperactividad, hipertensión arterial, afectaciones del tiroides, etc. Para tratar ésta situación, se utilizan puntos de acupuntura que tonifican el Yin del sistema agua, lo cual hace disminuir el calor y lo hace descender. Este tratamiento actúa también sobre los huesos, mejorando su osificación, ya que el sistema agua es el que dirige el tejido óseo, y al mejorar el Yin, hace que se remineralice el hueso. Domingo sugiere además una dieta con alimentos Yin: verduras, pescado, legumbres; hacer baños al menos de pies, beber agua y dormir 8 horas. (Domingo, 2004)

Dentro de los planteamientos feministas también existen los grupos de autoayuda y las conversaciones entre mujeres para comprender que la

menopausia es una nueva etapa de la vida a la que se le puede enfrentar con fuerza, dignidad y alegría. Los grupos de autoayuda son ofrecidos a las mujeres interesadas en profundizar los conocimientos sobre sus cuerpos y los medios de mejorar la calidad de vida y prevenir síntomas desagradables durante la menopausia. La experiencia que este tipo de práctica ha dejado es que las mujeres que están satisfechas con ellas mismas y que poseen suficiente información sobre su cuerpo, viven mejor la menopausia que aquellas con baja autoestima y que no tienen poder de negociación sobre su vida en general (De Oliveira: 1999)

> "La auto-ayuda, que resalta la importancia del auto-examen y del conocimiento propio, constituye un intento por apropiarse de la tecnología haciendo a un lado su contenido ideológico. Este movimiento no tiene más limite que el que nos imponga nuestra imaginación y nuestros recursos...Sin embargo, aunque nuestra imaginación no tenga límites, nuestros recursos sí lo tienen...debemos tener presente que una vez más enfrentaremos al sistema médico con su tecnología cara y sofisticada" (Cardaci y Álvarez, 1980 p. 74)

Desde la propuesta feminista, cada mujer es vista como persona individual que experimenta la menopausia en forma única. Esto contrasta con el abordaje generalizado que hace la industria farmacéutica y algunos proveedores de salud, quienes a menudo promocionan la terapia hormonal para todas las mujeres, sin tomar en cuenta su situación económica, historial clínico, o preocupaciones personales de otra índole. Como en el caso de Andrea, lesbiana participante en este estudio quien señaló:

> "A nosotras nos tratan como la pobre mujer grande que nunca se casó. Eso pasa con muchos médicos o cuando vas a hacer un trámite...Te miran con lástima, como si fueras material de desecho."

El feminismo actual, en líneas generales, ha adoptado una visión positiva de la transición de la vida femenina durante el climaterio y la menopausia. De igual forma el enfoque de género en la atención a la salud de las mujeres ha contribuido a que la ciencia desarrolle nuevas concepciones respecto de la vida de las mujeres en sus distintas fases. Hoy es posible ver una nueva generación de mujeres que cuestionan los roles tradicionales, llegan a la menopausia con capacidad intelectual plenamente desarrollada y, al mismo tiempo, son capaces de trabajar, producir, tener deseos sexuales y amar en forma placentera. Estas mujeres han logrado dar un salto de calidad en sus vidas en el proceso de menopausia. Sin embargo, muchas mujeres aún llegan a la menopausia angustiadas y deprimidas, temerosas de envejecer y presionadas por los aspectos negativos que la sociedad tiene respecto de este proceso. Por tal razón, se hace necesario un trabajo más amplio y profundo para enfrentar de manera más contundente las concepciones ideologizadas que se han difundido acerca de la menopausia. También hace falta argumentos más sólidos que puedan contrarrestar la autoridad y la unilateralidad del discurso médico que percibe la menopausia como una enfermedad de deficiencia de estrógenos que dura hasta la muerte (menopausia y posmenopausia), lo que ha permitido medicalizar a millones de mujeres durante años en nombre de la prevención y la prolongación de la juventud, ocasionándoles graves enfermedades e incluso la muerte a miles de ellas. Por último, cabe reiterar que la medicalización igualmente sirve para oscurecer las raíces sociales y económicas de la subordinación de las mujeres, pues la salud no es sólo una cuestión biológica o patológica sino un conjunto de factores donde la cultura, la sociedad, la economía, y el sistema de creencias también modelan los procesos de salud-enfermedad y la respuesta que les damos. Visto de esta manera las enfermedades no son un problema individual, sino resultado de una deformación de la sociedad en su conjunto.

Conclusión

Un hecho inminente es que nacemos con un cuerpo sexuado. Este hecho de haber nacido con una serie de características biológicas determinadas, marcadas por las evidencias genitales diferenciadoras de los cuerpos, afectan el desarrollo de la situación biográfica de cada persona.

Sin embargo, el conocimiento emanado de la teoría social feminista ha demostrado que la diferencia sexual es una construcción cultural, y que la concepción de ser hombre o mujer es variable conforme el momento histórico y conforme los procesos inconscientes, como la identificación y el deseo de cada sujeto. De ahí que como indicara Bourdieu: "...las diferencias socialmente conocidas y reconocidas existen sólo para un sujeto capaz no solamente de percibir esas diferencias, sino de reconocerlas como significativas e interesantes". (Bourdieu 1991: 237) Reconocer pues la diferencia es subrayar su carácter significativo, es enfatizar su poder simbólico, su capacidad para producir significados. Las diferencias de significados -incluso más que ello, la deslegitimización de los significados dominantes- se concreta en asimetrías simbólicas y sociales que generan conflictos que pueden ser descritos como conflictos interculturales.

Si bien la diferencia sexual se sostiene sobre una diferencia biológica, los factores psicosociales que afectan y atraviesan dicha diferencia implican necesariamente vislumbrar el horizonte de la intersubjetividad y las normas sociales mediante una revisión detallada de la historia, tanto social como individual, significando con ello la posesión de un cuerpo sexuado en un sujeto concreto.

La teoría de la diferencia sexual parte del cuerpo sexuado pero enfatiza en el orden simbólico falogocéntrico que ha predominado a lo largo de la historia y

que ha ido en detrimento de la condición de las mujeres. La propuesta de la teoría de la diferencia sexual es aprovechar el no pertenecer a ese poder falogocéntrico para proponer un orden simbólico diferente que permita re-aprender a la mujer como sujeto. En el desarrollo de esta teoría se observa un periodo deconstructivo en el que se critica una cultura fundada en las necesidades de un sólo sujeto. Otra etapa en la cual se propone ciertos medios necesarios para la construcción de una subjetividad femenina autónoma y una tercera que se caracteriza por la construcción de una cultura de dos sujetos respetuosos de sus diferencias, modelo para una coexistencia en la diversidad a nivel universal.

Desde la teoría de la diferencia sexual se plantea no sólo enunciados de orden filosófico con respecto a la mujer, sino tomar conciencia de su sumisión a un sólo orden subjetivo, de descubrir y cultivar ese otro sujeto que es la mujer; de hacerla aparecer a nivel social como diferente y no de hacerla desaparecer dentro de un mundo masculino.

A partir de esta propuesta, es necesario revisar, re-aprender y re-construir la posición del sujeto mujer para que en consecuencia la menopausia sea concebida de manera distinta. Como se muestra en el apartado sobre la diversidad socio-cultural el estereotipo de la mujer menopáusica no es universal: en algunas sociedades se les respeta y en otras se les margina. Sin embargo tanto en unas como en otras sociedades, el orden simbólico las ubica como mujeres diferentes y es desde esa marcada diferencia en la que debemos detenernos y explorar los diversos aspectos que convierte la menopausia en un parteaguas en la vida de las mujeres, pero no sólo en el plano biológico o psicológico, sino en la concepción de la mujer como ser integral, acorde a un mundo en constante cambio y a la luz de las nuevas tecnologías reproductivas; frente al nuevo protagonismo de la ciencia biológica del siglo XXI que pese a todo sigue colocando a la mujer como un sujeto aún marginado. Se trata entonces de afirmar su derecho a existir en la vida privada y en la pública. Las mujeres deben

exigir ser reconocidas de manera equivalente a los hombres desde su propia subjetividad y de acuerdo a sus propios valores, edades y preferencias sexuales.

II. Discurso médico sobre la menopausia

En este capítulo se hace un breve recorrido acerca de la historia de la menopausia en la ciencia médica. En él se narra cómo esta ciencia ha considerado la menopausia como una enfermedad o un estado deficitario de la mujer. También se exponen algunas prácticas médicas verdaderamente tortuosas para "aliviar" a la mujer de la menopausia hasta la llegada del tratamiento hormonal sustitutivo. Se hace una distinción entre la definición médica de climaterio y menopausia, así como las manifestaciones clínicas más frecuentemente identificadas durante este periodo de vida de la mujer. En el último apartado de este capítulo se exponen algunos cuestionamientos que la teoría social feminista ha efectuado acerca del tratamiento hormonal sustitutivo.

1. Historia de la menopausia en la medicina

Antes del siglo XIX la menopausia no estaba relacionada con la medicina, pues era un acontecimiento del que se ocupaban las herboristas y las ancianas, que la trataban como una parte de la vida de la mujer y no como una enfermedad. Sin embargo, en aquellas raras ocasiones en las que el médico sí intervenía, pasaba a ser un caso patológico. Judy Hall en su libro *La mujer sabia*, afirma que "... en las sociedades de la antigüedad se creía que las mujeres posmenopáusicas eran las más indicadas para proferir maldiciones, ya que su "sangre sabia" quedaba retenida dentro de sus cuerpos y esto les proporcionaba un poder sobrenatural que hacía que sus palabras se hicieran realidad " (Hall, 1995: 22) El físico romano de nombre "Galeno", por ejemplo, equiparaba la menopausia con los tumores que detenían los flujos femeninos: para él lo "natural" era que las mujeres siguiesen experimentando el sangrado mensual hasta su muerte, en una época en la que, evidentemente, la expectativa de vida era muy inferior a la actual (Hall,1995) No es sino hasta el siglo XIX que los médicos, los cuales todos eran hombres, comenzaron a ocuparse de la salud femenina (o su enfermedad). El ginecólogo victoriano Edward Tilt, en un escrito de mediados del siglo XIX,

describe la menopausia como "una gradual desaparición de la gracia femenina" que culmina en enfermedades mentales, irracionalidad patológica, formas menores de histeria, melancolía, tendencia a la bebida, cleptomanía y hasta asesinato. Tilt afirmaba que el viajar y hacer ejercicio eran beneficiosos, pero algunos de sus tratamientos eran tóxicos y tan dolorosos como los síntomas que intentaba aliviar: empleaba sedantes, morfina, jarabe de hierro y potasio, vendajes en los miembros y fajas abdominales; sin embargo, su método predilecto era la sangría, ya que en su opinión los trastornos que provoca la menopausia, y en especial las fuertes jaquecas que acompañan este período, se debían a un exceso de sangre en la cabeza. Así que el Dr. Tilt colocaba sanguijuelas en la nuca y detrás de las orejas de sus pacientes para eliminar aquel nocivo fluido (Hall, 1995: 30-31)

En 1890 el Dr. Andrew Currier seguía usando sanguijuelas, pero para este médico el drenaje de sangre ya estaba pasado de moda; de hecho, no dudó en calificar a Tilt y sus colegas de "desangradores y purgadores". El método que él empleaba era totalmente distinto y radical: extirpaba el útero y los ovarios. Si aún así los síntomas seguían existiendo, entonces las causas probablemente fuesen "los vicios, la ingestión de alcohol, opio, etc.", o peor aún: "la excesiva indulgencia sexual". Si también esto fallaba era la fiebre de la tifoidea o la pobreza (sic). En su opinión, la menopausia prematura tenía mucho que ver con factores socioeconómicos y era el resultado de las "ocupaciones irregulares e impropias de una mujer" como por ejemplo vender pescado, trabajar con el metal, ser jornalera, cocinera o lavandera; en él no existía el más mínimo atisbo de compasión y ni siquiera comprendía los efectos de la nutrición inadecuada, por ejemplo, la descripción de aquellas mujeres habla por sí sola: "Lamentables espectáculos de criaturas decrépitas, arrugadas y desgastadas en un período en el que deberían tener color en las mejillas" (citado por Hall,1995)

Germaine Greer también anota cómo algunos inventos fueron utilizados para interrumpir el curso de la menopausia: tan pronto descubrieron la electricidad,

comenzaron a introducir varillas electrificadas en el útero de las mujeres; una de las primeras aplicaciones de los rayos X fue para bombardear el ovario a fin de inutilizarlo; al poco tiempo de que Marie Curie descubriera el radio, empezaron a insertarse varillas de este elemento en la vagina. Sin embargo los médicos tuvieron que contentarse con administrar a las mujeres partes de los sistemas reproductivos de otras especies o secreciones de las glándulas endocrinas de éstas (Greer, 1991, p.11)

La idea de que las mujeres menopáusicas son irracionales e inestables surgió a fines del siglo XIX. Desafortunadamente hay quienes en la actualidad aún comparten esta idea, como el comentario de un médico inglés quien en 1989 afirmó: "Cuando llegan a una cierta edad, se supone que las mujeres empiezan a entrar en descomposición" (citado por Hall, 1995: 31)

El pionero de la teoría psicoanalítica, Freud, vislumbró que la menopausia era un periodo de crisis potencial en el que las mujeres que antes habían sido tranquilas podían tornarse pendencieras y obstinadas, y una de sus discípulas, Helene Deutch, desarrolló la teoría de que la menopausia es la etapa de la vida en la que la mujer "deja de servir a la especie", mientras que la menarquia es el momento en el que ella se convierte en "la servidora de la especie". En otras palabras, para Deutch, la utilidad de la mujer está ligada a la fertilidad y –desde ese punto de vista- su vida termina cuando llega la menopausia, idea que ha seguido vigente durante más de un siglo (citado por Casamadrid, 1986:34)

Durante los dos últimos siglos la histerectomía parece haber sido el tratamiento favorito para combatir los síntomas de la menopausia. Desde el punto de médico, la histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero. Termina con la menstruación y con la posibilidad de quedar embarazada. Dependiendo del problema específico de la mujer, la histerectomía puede implicar también la extracción de otros órganos y tejidos, además del útero. He aquí los diferentes procedimientos:

* Histerectomía parcial: extracción del útero.

* Histerectomía total: se extirpa el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. Si la mujer no ha llegado a la menopausia, al extraerle los ovarios la inicia.

* Histerectomía radical: se extiende hacia la extirpación de la porción superior de la vagina, algo del tejido circundante y los ganglios linfáticos. Por lo general, los cirujanos usan este procedimiento cuando se ha diagnosticado cáncer del cuello uterino.

En la actualidad la histerectomía sigue siendo el procedimiento al que más se recurre en casos de fuertes hemorragias, fibromas, endometriosis o prolapso uterino. Sin embargo, debido a que el útero está fuertemente asociado con la feminidad, algunas mujeres dicen que experimentan una sensación de pérdida después de la histerectomía. Varias feministas creen que esta operación se realiza con demasiada frecuencia y que, a veces, es innecesaria; otras afirman que ésta les proporciona una acrecentada sensación de bienestar y una oportunidad de vivir.

En la década de los setenta en Estados Unidos y casi diez años más tarde en Gran Bretaña, surgió otra alternativa para "curar" la menopausia: el tratamiento hormonal sustitutivo (THS), el cual se transformó en un "curalotodo": "La THS ha conseguido alejar a las mujeres de los pabellones de ortopedia, los tribunales matrimoniales y los manicomios" (dicho por un especialista en ginecología de un prestigioso hospital de Londres) (Hall, 1995) Hall, no menciona cuál es ese hospital prestigioso.

Las investigaciones acerca de la menopausia aún continúan, hace apenas un lustro, científicos holandeses del Hospital Diakonessen, en Utrecht, y de la Universidad de Wageningen, realizaron un estudio de los factores genéticos que intervienen en la menopausia y comentaron que el 85% estaba determinado por los genes. Por consiguiente, es muy probable que una mujer siga la misma pauta

que su madre o sus hermanas. De acuerdo con estos científicos, la mayoría de las mujeres experimentan la menopausia aproximadamente a los 50 años, pero puede suceder antes o después. Sin embargo, indican que: "Una mujer con una o más familiares de línea directa con antecedentes de menopausia temprana está sujeta a experimentar una menopausia temprana. Se calcula que esta mujer también puede comenzar a ser menos fértil y a ser completamente infecunda a una edad más temprana" (American on Line- México, 2002)

Debido a que las mujeres están postergando el tener hijos hasta los 30 o 40 años, estos hallazgos podrían tener implicaciones importantes. Jan-Peter de Bruin, quien dirigió el equipo de investigación del Hospital Diakonessen afirmó: "Si nuestra hipótesis es correcta, sería sensato que una mujer supiera la edad a la que sus familiares presentaron la menopausia. Si desea tener hijos, le ayudaría a decidir si es sabio posponer la maternidad tanto tiempo" (American on Line-México, 2002)

Ahora los científicos holandeses están intentando aislar los genes que controlan la menopausia. De Bruin dijo que en el futuro las mujeres podrían someterse a una prueba de ADN para predecir la edad a la cual podrían esperar el comienzo de la menopausia. Asimismo consideran que un mejor conocimiento de los factores genéticos y su influencia en la reducción de la fertilidad femenina podrían también conducir al desarrollo de tratamientos que hicieran posible el aplazamiento de la menopausia (American on Line-México, 2002)

Por lo que se refiere a la supuesta falta de reproducción biológica de la mujer en la etapa de la menopausia, la historia contemporánea registra que a finales del siglo XX, con el desarrollo de las tecnologías de reproducción asistida, ya sea por la donación de óvulos o por donación de embriones, las mujeres de hoy pueden embarazarse independientemente de que hayan atravesado por la menopausia. Así lo muestra el Dr. Vázquez quien en su artículo: "Reproducción asistida en la posmenopausia", comenta los embarazos de mujeres 40, 60 y hasta

75 años, que se han sometido a este tipo de tratamientos en países europeos (Vázquez, 2002) En México aún y cuando la reproducción asistida en la posmenopausia es posible, no es un tratamiento frecuente, pues además de ser sumamente costoso, es socialmente censurado que una mujer de 50 años o de más edad pretenda un embarazo. Al varón por el contrario la fecundidad se le celebra a cualquier edad.

2. Definición médica de menopausia

La menopausia suele confundirse con el climaterio. Sin embargo, hay una clara distinción entre ambos en cuanto al lapso de tiempo que abarca una y otro. La palabra menopausia se deriva de dos raíces griegas: *mens*, que significa mensual, y *pause*, que significa detener. Se refiere específicamente al cese de la menstruación y la finalización de la fertilidad, dos acontecimientos que no se dan necesariamente al mismo tiempo. El proceso de la menopausia puede llevar de uno a siete años. La palabra climaterio, también de origen griego, se traduce literalmente como "peldaño de la escalera". Es una fase de transición que dura entre quince y veinte años, en la que la función ovárica y la producción de hormonas declinan y el cuerpo se readapta, esta fase puede comenzar en cualquier momento entre los 40 y 60 años. La menopausia, por lo tanto, es un capítulo en el curso del climaterio (Ojeda, 1995)

Para la médica María del Carmen Cravioto, el término climaterio designa al periodo del ciclo de vida de la mujer en el cual se lleva a cabo de forma fisiológica la regresión ovárica, es decir, el cese de la reproducción de óvulos y junto con ello la disminución o abolición de la producción de las principales hormonas sexuales: estrógenos y progesterona (Cravioto, 1994). De acuerdo con Cravioto, el término menopausia designa al último sangrado endometrial o menstruación, es decir, define a un evento único y limitado que se presenta en la mujer alrededor de los 40 o 50 años de edad, que se ubica dentro del climaterio y que representa, el

signo más relevante de éste. En este contexto, la edad de la menopausia se identifica a posteriori, una vez que han transcurrido 12 meses sin que se presenten sangrados adicionales. En otras palabras, es el periodo de transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva.

Cravioto indica que se denomina menopausia prematura al cese de la función ovárica antes de los 40 años. En tanto que el término perimenopausia denota los años que preceden y siguen inmediatamente después de que se presenta la menopausia. Por otro lado, el periodo posmenopáusico comprende todo el lapso de vida que transcurre después de la menopausia y se caracteriza por la presencia de los síntomas somáticos derivados directamente de la carencia de estrógenos, así como las enfermedades crónico degenerativas propias del envejecimiento pero cuya evolución se acelera por la carencia hormonal. Tales es el caso de las fracturas secundarias hasta osteoporosis, las enfermedades coronarias y los accidente vasculares cerebrales.

Cabe señalar que en algunas mujeres la menopausia puede presentarse como resultado de la extirpación quirúrgica del útero o del útero y los ovarios. La doctora Sonia Blasco indica que se le denomina menopausia artificial cuando se quita sólo el útero, ya que la menopausia no se debe a la disminución funcional de las hormonas. Cuando se extirpan también los ovarios, el nivel de las hormonas desciende bruscamente y entonces se le denomina menopausia quirúrgica (Blasco, 1996)

3. Manifestaciones clínicas más frecuentes en la menopausia

En un lapso inferior a cien años, en el intermedio de la medicina de finales del siglo XVIII y principios del XIX, se produce una transformación tal de la ciencia médica que el modelo clasificatorio, externalista y neohipocrático de las enfermedades es sustituido por una incursión sistemática en el espacio de los

órganos (Foucault, 1991) Como consecuencia se crea una nueva articulación en el conocimiento médico que se desplaza de una botánica de los síntomas a una gramática de los signos, de una visión holística de la enfermedad y del cuerpo a una perspectiva fragmentada, de un "¿qué tiene usted?" a un "¿dónde le duele a usted?".

La estructuración de la medicina en especialidades que se corresponden con determinados fragmentos o estructura del cuerpo (endocrinología, ginecología, urología) y la proliferación de técnicas que permiten la visualización del espacio de los órganos, son algunos de los ejemplos de la fragmentación del cuerpo humano. El sujeto que habita el cuerpo, ese sujeto que se llama "yo" en el lenguaje y que adquiere entidad biográfica, ha sido disuelto y omitido. Sus palabras se corresponden, en todo caso, con una comunicación de malestares, síntomas y signos de alguna enfermedad o disfunción. El mundo experencial y biográfico del aquejado requiere sólo una atención anecdótica que se observa como algo propio del trato "humano" o "humanitario", pero no como aquello que debe centrar la atención del profesional. Así lo confirman las mujeres que tuvieron a bien narrar sus experiencias para este estudio, al consultar a los médicos por algún problema físico en la mediana edad. El cuerpo de la mujer es entonces naturalizado y re-significado en otra entidad nueva de acuerdo a la racionalidad burocrática de las instituciones de salud. De esta manera se aísla la enfermedad del sujeto y de sus relaciones sociales. Poco importa el género, la pobreza, la marginación social o las campañas publicitarias que atentan contra la salud.

Bajo este marco, la menopausia es pensada desde la medicina como una cuestión que presenta síntomas. El síntoma se refiere a un fenómeno que revela un trastorno funcional o lesión. La comprensión de las enfermedades depende de una descripción clara de los síntomas, los cuales son manifestaciones de los procesos vitales alterados. Los síntomas pueden variar desde relatos subjetivos de dolor, como cefalea o dolor de espalda, a hechos objetivos, como inflamación o

erupción. Los síntomas generales consisten en cambios en la temperatura corporal (como fiebre), fatiga, pérdida o aumento de peso, y dolor o hipersensibilidad de los músculos u órganos internos. En ese sentido un síntoma hace alusión a lo que se puede denominar enfermedad, malestar o afección (Encarta, 2000) Sucesos biológicos como la menstruación son pensados como "enfermedad" por las mismas mujeres. Es común en nuestra sociedad escuchar frases como "estoy enferma" para comentar que se está menstruando; cuando una mujer parió se escucha que "se alivió"; no es de extrañar entonces que la menopausia sea concebida también como una patología. En ese sentido Ehreinreich y English señalan:

> Una de las contribuciones pioneras de la medicina a la ideología sexista ha sido describir a la mujer como enferma, y como potencialmente dañina para el hombre(...) ha tratado el embarazo y la menopausia como enfermedades, la menstruación como desorden crónico y el nacimiento como evento operatorio (Ehreinreich y English, 1973: 6)

La menopausia como tema de estudio de la medicina forma parte de la especialidad de ginecología ya que se considera un fenómeno de la vida reproductiva. En ese sentido el cuerpo femenino es observado a partir del proceso salud-enfermedad. Bryan Turner, a partir de algunos planteamiento de Christopher Boorse, identifica tres tipos distintos de "no salud", la afección, la enfermedad y el malestar. La afección se refiere a "algunas desviaciones con respecto a una norma biológica (...) La enfermedad (...) es una experiencia personal de no salud, y el malestar (...) es un rol social que expresa la dimensión pública de no salud, como en el concepto de 'rol-enfermo'. Turner afirma que "para enfocar la enfermedad de manera sociológica tenemos que combinar las nociones de que: 1) la enfermedad es un lenguaje, 2) el cuerpo es una representación, 3) la medicina es una práctica política. La enfermedad es de este modo, un fenómeno cultural, y la afección "es un sistema de signos que pueden interpretarse y traducirse en una infinidad de formas" (Turner, 1989: 252)

De acuerdo con Turner en las sociedades modernas, el Estado regula el cuerpo a través de la acción de diversos aparatos ideológicos. La medicina regula lo que antes era materia de las normas religiosa y las leyes familiares, y se constituye en un marco moral "encubierto por el lenguaje de la enfermedad" (Turner, 1989: 258)

Michel Foucault afirma que en el siglo XIX la medicina creyó haber establecido las normas de lo patológico y con ello pensó haber definido la enfermedad para todos los tiempos y lugares. El mismo autor considera que en el siglo XX:

> (la medicina) ha llegado a ser consciente de la relatividad de lo normal y de las considerables variaciones a las que se ve sometido el umbral de lo patológico: variaciones que radican en el propio saber médico, en sus técnicas de investigación y de intervención, en el grado de medicalización alcanzando por un país, pero también en las normas de vida de la población, en su sistema de valores, y en sus grados de sensibilidad, en su relación con la muerte, con las formas de trabajo impuestas, en fin, con la organización económica y social. En último término la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta aquello que se encuentra -práctica o teóricamente- medicalizado (Foucault, 1990: 26)

En ese sentido, la menopausia, como todo evento del cuerpo, tiene una vulnerabilidad política que necesita ser expresada como tal. Los cuerpos femeninos son encerrados en un mundo de enfermedad y medicina, son obligados a hacer uso del lenguaje dominante, consistente en dicotomías. Durante la menopausia las mexicanas son privadas de voz, la que habla a través de sus cuerpos es la ideología de las instituciones, la de la ciencia homogénea, la del poder.

La menopausia forma parte del proceso evolutivo del ciclo de vida de la mujer, pero este evento no significa una declinación generalizada o de envejecimiento. Sin embargo, para muchas mujeres llegar a la menopausia significa que su utilidad cultural, identificada en la reproducción, parece haber

terminado. Esto puede deberse en parte, como lo menciona Contreras de Lehr (1990), a que algunas corriente biologicistas de la medicina han elaborado un modelo "deficitario" de la vejez, que hace hincapié en los cambios fisiológicos involutivos, la degeneración y atrofia progresiva de los aparatos y sistemas, de forma tal que cuando llega la menopausia, la mujer se ha convertido en una persona vieja e improductiva. Así lo confirma una de las entrevistadas en esta investigación quien señala:

> "La decadencia física no me gusta, aunque sea biológicamente esperable. Le he tenido mucho miedo a la rigidez muscular, a la rigidez ósea. Cuando veo una persona que le cuesta subir a un colectivo, bajar una escalera digo: ¡Dios mío, que eso no me toque! No me parece que sea necesario dejar esa secuencia natural, una puede ir reparando si esto te hace sentir mejor, lo veo legítimo y lo pienso hacer. Pues como ya dije, la vejez, la decrepitud y la muerte me aterran" (Cecilia, feminista)

Las manifestaciones clínicas del climaterio son producto del estado hormonal de la mujer y por lo tanto varían entre unas y otras y a lo largo del climaterio. Aunque en los estudios médicos no hay un acuerdo respecto a la sintomatología de la menopausia (Cravioto, 1994; Muntané, 1994; Ojeda, 1995; Blasco, 1996) algunos han clasificado los siguientes síntomas como los más comunes:

Bochornos: son definidos como una alteración vascular, súbita y periódica. Se acompañan de aumento en la presión sanguínea, aumento de temperatura y de la frecuencia cardiaca.

Atrofia genito-uterina: falta de estrógenos que produce atrofia del epitelio vaginal, cuyas principales manifestaciones son: comezón, inflamación, sensación de calor, sangrado fácil y mayor susceptibilidad para las infecciones vaginales.

Problemas en la piel: se presentan arrugas y pérdida de lozanía; la piel y los músculos tienden a ser flácidos, debido, entre otras cosas, a la disminución de los estrógenos.

Dolores musculares: se presentan en diferentes partes del cuerpo pero sobre todo en espalda, cadera y piernas.

Cambio en las relaciones sexuales: se registra un cambio (aumento o disminución) en las manifestaciones o el interés por las relaciones sexuales.

Alteraciones psíquicas: irritabilidad, fatiga y depresión.

A pesar de que existe mucha controversia acerca de la terapia de sustitución hormonal, la ciencia médica ha venido recurriendo con frecuencia a ésta forma de "curación" a fin de atender algunos de los síntomas antes descritos, argumentando para ello que la administración de estrógenos durante el climaterio elimina o disminuye los síntomas vasomotores, previene la atrofia-urogenital y la osteoporosis. Asimismo se indica que el tratamiento hormonal substitutivo disminuye el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y en general, produce una sensación de bienestar (Cravioto, 1994; y Muntané, 1994)

En el artículo médico "Tratamiento de la menopausia" de Anne Colston se afirma que: "Durante la menopausia aparecen varios cambios somáticos, fisiológicos y psicológicos, algunos de ellos por deficiencias estrogénicas como consecuencia del agotamiento de los folículos ováricos y otros por las consecuencias del envejecimiento independiente de los estrógenos" (Colston, 1991:349) También existe una gran polémica en cuanto a si las alteraciones psíquicas después de la menopausia obedecen a cuestiones bio-médicas o a situaciones socio-culturales. En ese sentido Colston acepta que existen factores psicológicos y socioculturales asociados a lo que se denomina "síntomas

climatéricos". Los factores psicológicos tienen que ver, entre otros, con "estados de depresión y angustia que muchas veces se basan en un sentimiento de pérdida de la función reproductora, que puede dar origen a una sensación de que se redujo su función biológica" (Colston, 1991: 384) Los factores socioculturales no se abordan por Colston.

Por su parte Ma. Del Carmen Cravioto, indica que las manifestaciones clínicas del climaterio son producto del estado hormonal pero reconoce que su ocurrencia y severidad puede estar afectado por diversos factores culturales y socioeconómicos, como por ejemplo: significado social de la pérdida de la fertilidad, estatus social de las mujeres posmenopáusicas, actitud del esposo o compañero sexual, disponibilidad de información, disponibilidad de atención médica y posibilidades de nuevas alternativas de desarrollo (Cravioto, 1994).

A la situación anteriormente descrita habría que agregar que, el conocimiento científico y el saber en general se ha desarrollado durante más de dos mil años con una contribución mínima de las mujeres. La ausencia de las voces femeninas ha implicado que las preocupaciones de varones haya sido las que han ocupado a los científicos, que la actitud de dominio, control, y explotación haya sido la que ha predominado en el conocimiento científico, que las perspectivas de los varones hayan configurado los métodos y las teorías, y que los sesgos masculinos no hayan sido puestos en cuestión o hayan sido naturalizados como la realidad única. Hago esta reflexión porque interrogarse todavía acerca de si la ciencia es neutral respecto al género es aún, uno de los grandes retos que se tendrá que seguir dirimiendo sobre la ciencia del siglo XXI.

La ausencia de las mujeres y presumible neutralidad de los saberes ha provocado una reacción por parte de la crítica feminista, que denuncia el sexismo y el androcentrismo inherente a varias prácticas culturales: la historia, la literatura, la publicidad, etcétera, pero la alarma se produce cuando el análisis feminista

dirige su crítica al propio conocimiento científico (Harding, 1996) El privilegio epistémico del conocimiento científico sustentado en su objetividad, universalidad, neutralidad y racionalidad se tambalea al admitir que el sexismo y el androcentrismo impregnan la ciencia en cuanto institución social, ocupación, prácticas científicas, lenguaje, contenidos, metodología, metáforas, y otros quehaceres, de tal forma que la pregunta: ¿es natural la ciencia respecto al género? mantiene su vigencia al abordar cualquier tema, sobre todo si está relacionado con la salud de la mujer, como sería en este caso el de la menopausia.

En ese sentido es pertinente traer algunas de las reflexiones que la médica española Ruiz Cantero (2005) hace acerca de la perspectiva de género en el diagnóstico médico. Ruiz plantea que analizar desde la perspectiva de género los problemas de salud ayudará sin duda a entender mejor las condiciones sociales e incluso biológicas que influyen en la salud, pero se pregunta ¿cómo podemos hacernos impermeables a los estereotipos de género enraizados en la construcción de nuestra propia subjetividad como mujeres u hombres? Sin duda hay aspectos de sesgo de género en el proceso del diagnóstico relacionados con el cómo los médicos atribuyen diferentes significados a los mismos signos y síntomas presentados por pacientes hombre o mujeres. En este sentido la semiótica médica enfatiza el rol de la interpretación en el proceso del diagnóstico, pues a través de diferentes interpretaciones pueden producirse diferentes versiones del mismo signo (Ruiz, 2005) Esto significa que el conocimiento y los pensamientos, las creencias y valores, las emociones, las habilidades y conductas de los médicos –también de las pacientes- van a influir en el diagnóstico. Un dato que con persistencia se evidencia es que la interacción de factores socio-culturales que se producen en la comunicación médico-paciente en la consulta difiere en función del género, y claramente influyen en los diagnósticos. Conviene también anotar que cuando los síntomas no corresponden a los signos observables por los médicos, las experiencias pueden ser excluidas del proceso

en el cual se construye el conocimiento científico. De este modo, el discurso médico asigna el privilegio del conocimiento a la voz de la medicina más que a la voz de quien padece. Incluso existen espacios retóricos de intercambio de conocimiento y experiencias médicas a los que ni por asomo pueden entrar las experiencias vitales de quienes padecen. Así, el desconocimiento medico de este "otro" conocimiento influye en que ciertos síntomas de las mujeres sean considerados "atípicos". Razón por la cual la exploración de los conflictos y consecuencias que parten de la interacción entre poder, género y conocimiento, sigue siendo un asunto que todavía hace falta librar.

4. El feminismo frente al tratamiento hormonal sustitutivo

¿Por qué es el tratamiento hormonal sustitutivo un tema central en el feminismo? Una de las principales preocupaciones feministas (tanto en relación con la salud como con otros temas) ha sido aumentar el poder y especialmente la adquisición y diseminación de información que posibilite que las mujeres participen plenamente en la toma de decisiones respecto a su cuerpo. La valoración de las experiencias de las mujeres al frente de las definiciones médicas ha sido un tema dominante del feminismo.

El debate dentro del discurso médico sobre el tratamiento hormonal sustitutivo (THS) se ha centrado en dos asuntos básicos: las consecuencias del uso del THS en relación con enfermedades específicas y las indicaciones apropiadas para su uso. En ese sentido, las tres últimas décadas han sido testigas de dramáticas fluctuaciones en la trayectoria del THS. No sólo las prescripciones generales han oscilado de forma espectacular, sino también las modas de administración preferida para su uso han cambiado (vía oral, inyecciones o parches).

Las preocupaciones sobre el cáncer de endometrio que existían a finales de los años sesenta han ido desapareciendo de gran parte de la literatura médica y popular, mientras se acumulan los datos sobre los efectos potenciales cardioprotectores del THS no conjugado. A finales de los ochenta y principios de los noventa hubo un segundo resurgir en la recomendación médica de su utilización. En ese sentido de manera acertada y un tanto futurista, a mediados de los setenta un editorial en *The Lancet* decía que el uso a largo plazo del THS para prevenir la osteoporosis ofrecería un mercado muy lucrativo: "la perspectiva de un tratamiento universal para una gran parte de la población femenina supone claramente un gran aliciente para la industria farmacéutica" (*The Lancet*, editorial, citado por Hunt, 1996:162); esto sigue siendo cierto en los noventa, aunque actualmente las razones para la prevención son mayores, al englobar también las enfermedades cardiovasculares.

Las hormonas ocupan una posición incómoda en nuestro repertorio cultural de explicaciones acerca de las diferencias de género. La provisión de hormonas a "sustituir", las que se han "perdido" tras la menopausia, encarna la medicalización de la misma. La imagen de la menopausia como un "síndrome de deficiencia de estrógenos" y las imágenes de la feminidad que se invocan para promover su uso tienen implicaciones para las mujeres de todas las edades. Tales conceptualizaciones están repletas de ideas de esencialismo biológico, relevancia de la edad y suposiciones heterosexistas que alimentan el sexismo y están íntimamente ligadas con la construcción social de género. Tal como lo señala Rips, en la interpretación de la menopausia se enfatizan muchas dicotomías:

> A través del estudio de la menopausia como construcción social, podemos cuestionarnos las dicotomías que son relevantes en nuestra sociedad. El tema subraya las oposiciones entre la mujer y el varón, la vejez y la juventud, la reproducción y la pos-reproducción, anormal o patológico y sano (Rips, 1993, citado por Hunt, 1996: 156)

Una de las similitudes que llama la atención en las diversas interpretaciones de la menopausia es su semejanza con las que tratan otros aspectos de la biología femenina. Encarnan la persistente tendencia a dicotomizar al hombre de la mujer y determinar rígidamente sus características. El recurso a los modelos de enfermedad, mala salud y disfunciones orgánicas están íntimamente vinculados a las interpretaciones de feminidad apropiada e inapropiada y a la promulgación de los roles femeninos, tal como se ha documentado (tanto a lo largo de la historia como en la actualidad) en relación con la histeria (véase Smith-Rosenberg, 1974), la tensión premenstrual (TPM) (véase Laws, 1983) y los tratamientos médicos para la mujer en general (véase Ehrenreich y English, 1990)

La menopausia, la menstruación, el embarazo, el dar a luz, son todos estados hormonales del cuerpo de mujer. Todos ellos en conjunto suponen la mayor parte de su ciclo de vida. Los problemas con alguno de estos procesos "naturales" (incluyendo las experiencias constitutivas como dolor asociado al parto y la menstruación) son considerados signos de rechazo a los roles femeninos "adecuados". Los ejemplos de las consecuencias de la menopausia para la feminidad son prolíficos, tanto en literatura especializada como en información de circulación popular.

Una segunda similitud en los estudios sobre la menopausia es la escasa atención a la falta de evidencia para apoyar la base hormonal de los problemas o conducta de la mujer. Así lo afirma Laws, quien atinadamente indica:

> Una minucia como la falta de evidencia no tiene la menor importancia ante la extendida creencia masculina de que la conducta femenina está determinada por "una gama de influencias hormonales". Todos saben que si las mujeres son violentas, están tristes, no son femeninas, etc., es porque sus hormonas no están equilibradas...La raíz, por supuesto, es la condición de mujer, la imperfecta condición femenina (Laws, 1983:29)

La tercera similitud en los análisis sobre la menopausia, concierne a los temas de medicalización y control médico que confían simultáneamente en la dicotomía entre natural y patológico, pero aún así aseguran que ambas nunca pueden distinguirse con seguridad. Muchos autores han desafiado la medicalización de los aspectos de vida normal, especialmente en relación con el embarazo y el parto (véase, por ejemplo, Oakley, 1980) y los textos médicos han proporcionado una rica fuente de prueba de patologización de lo normal (véase Smith-Rosenberg, 1974; Ehrenreich y English, 1990,) Es necesario señalar que en donde coexiste la incertidumbre de la medicalización y el control médico, el debate está especialmente cargado. Ser consciente de esta incómoda yuxtaposición puede explicar en parte la tendencia dominante a enfatizar la necesidad de implicar a las mujeres en la responsabilidad de tomar decisiones sobre el uso del THS.

La cuarta similitud en las interpretaciones acerca de la menopausia es la importancia e influencia de los individuos, tanto "expertos" como no profesionales, como defensores de los síndromes y terapias. Robert A. Wilson quizá sea tristemente el más famoso de los defensores en Norteamérica que contempla la menopausia y la posmenopausia como un estado patológico de deficiencia de estrógenos. Su dramático uso del lenguaje no deja lugar a dudas para pensar que la vida más allá de los cuarenta y cinco aproximadamente es una experiencia completamente negativa para la mujer: "ninguna mujer puede estar segura de escapar al horror de este declive de la vida" (Wilson, 1966, pág.43) La menopausia sólo puede curarse y prevenirse con el THS: "en vez de ser condenada a ser testigo de la muerte de su propia feminidad... [las mujeres] seguirán siendo totalmente femeninas –física y emocionalmente- mientras vivan" (Wilson, 1966, citado en Barbre, 1993: 32)

La idea de sustitución enfatiza que al atravesar la menopausia, la mujer ha alcanzado una etapa de necesidad, de pérdida, de deficiencia; en el material

publicitario se encuentra de forma implícita o explícita (ya sean anuncios de la industria farmacéutica o información en los medios no profesionales) que no sólo sus hormonas necesitan ser substituidas, sino también su condición de mujer, la esencia de su feminidad. La representación de la mujer posmenopáusica sin el THS enfatiza cuál es la feminidad adecuada o deseable mostrando cómo son las mujeres cuando ya no tienen la regla: ya no son jóvenes, atractivas, interesantes sexualmente (para los hombres), han perdido su fertilidad y con ella su capacidad de traer nueva vida y proporcionar cuidados a los demás. El THS ofrece la salvación, la posibilidad de desafiar al reloj, de convertirse en el tipo de imagen de la feminidad siempre joven ante la que hay que maravillarse; ser el tipo de mujer posmenopáusica adecuada requiere una constante vigilancia, requiere evitar caer en ese indeseable estado (Hunt, 1996:174)

Tales imágenes son importantes para las mujeres de todas las edades y son omnipresentes, la "doble regla del envejecimiento" está en todas partes. O, como Russell comentó:

> El énfasis que nuestra sociedad pone en el cliché de la atracción física y de la juventud es un factor de opresión mucho más poderoso –a cualquier edad- para las mujeres que para los hombres... Para las mujeres no hay estereotipos culturales que las rediman de las arrugas, patas de gallo y michelines en los lugares inapropiados... Todas las mujeres sienten el efecto de una doble norma, las mayores con mucha más crueldad (Russell, 1987, p. 127)

Con base en el análisis de textos médicos y feministas sobre la menopausia, Kaufert ha puesto de manifiesto que tanto las presentaciones médicas como las feministas han explotado el miedo al cáncer "para promover o relegar el control sobre la experiencia de la menopausia" (Kaufert, 1982:153) Según la visión médica que ella examina, las mujeres que eligen no consultar al especialista cuando sufren menstruaciones irregulares (y por tanto asumen la responsabilidad de diagnosticarse ellas mismas la menopausia) pueden arriesgarse, al no poder detectar una patología subyacente y por tanto dejar

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

escapar los beneficios de haberla podido identificar a tiempo y darle tratamiento. Según el punto de vista "feminista" (como el que representa el material del National Women's Health Network) se previene a las mujeres que la presentación de la sintomatología menopáusica puede conducir al peligro de cánceres iatrogénicos.

En la propaganda para comercializar el THS destinada a los profesionales y la información al público, no se usan sólo las imágenes del cáncer, sino también otros aspectos de la mala salud y enfermedades crónicas o discapacidades. Worcester y Whatley señalan que:

> "...la comercialización de productos hormonales para las mujeres menopáusicas y posmenopáusicas es particularmente cruel por el modo en que juega con los miedos a incapacitaciones específicas o condiciones que ponen en peligro la vida y también está muy dirigida al temor de las mujeres a envejecer" (Worcester y Whatley, 1992, p. 3)

MacPherson ha caracterizado la reciente historia del empleo del THS en relación a tres "falsas promesas": la primera fase, desde 1966 a 1975, se caracterizó por la promesa de la belleza y feminidad eterna; la segunda, desde 1975 a 1981, por la de una menopausia segura y sin síntomas; y la tercera, desde 1980 hasta el presente, por la de escapar de las enfermedades crónicas (MacPherson, 1993)

El empleo del THS para curar o prevenir los síntomas y las consecuencias de la menopausia es una área importante para el debate del feminismo (véase Lewis, 1993; Vines, 1993) Mientras todavía haya incertidumbre sobre el equilibrio de los beneficios y riegos, ya sea en el ámbito de salud individual o pública, tanto la evidencia epidemiológica como los testimonios personales sugieren que el uso juicioso del TSH juega un papel potencialmente importante.

Las cambiantes trayectorias del THS tienen extensas implicaciones, más allá de la vida y salud de un número cada vez mayor de mujeres individuales que sobreviven para disfrutar de una substancial parte de su ciclo vital después de la menopausia, para los profesionales de la salud, la industria farmacéutica (donde estos cambios representan pérdidas o ganancias monetarias) y las imágenes de la feminidad que alimentan las interpretaciones sociales del género. El tratamiento hormonal sustitutivo contiene poderosos mensajes sociales. Vines ha subrayado que:

> Las hormonas se han convertido ahora en una parte de nuestro lenguaje cotidiano, una forma de explicar nuestra propia conducta y la de los demás... La propia palabra "hormonas" y la conducta, como la persistencia con la que se busca un vínculo, sugieren el impacto de los poderosos imperativos como "algo que tienen las mujeres" es... el más revelador de todos. (Vines, 1993, p. 2)

Por el contrario, para el galeno, Bernardo Moreno Escallon, editor adjunto de la *Revista Colombiana de Menopausia*, las hormonas no son tan populares. Según las investigaciones de la Fundación Santa Fe de Bogotá, existen cifras bajas de usuarias del THS. Reconoce que iniciar a una paciente en la terapia hormonal, es relativamente fácil si se tiene "la argumentación" necesaria para hacerlo, y es posible que la paciente lo haga por dos o tres meses "sin recriminaciones", sin embargo lo difícil es que la paciente continúe "indefinidamente" su tratamiento para que exista un verdadero impacto profiláctico. Según Moreno, todos los esfuerzos que se hagan para iniciar nuevas pacientes en el THS serán áridos si no hay un adecuado soporte en educación tanto de pacientes como de médicos. Bernardo Moreno hace una revisión de la literatura mundial sobre el tema de educación y menopausia, y observa cómo el proceso educativo se torna cada día más importante, hasta tal punto que todo el impacto del "cumplimiento o sometimiento" de las pacientes a sus tratamientos respectivos, gira o está motivada por la información continuada que se le esté brindando a ellas (Moreno, 2000) Para Moreno educación e información son sinónimo.

Conclusión

En este apartado se muestra la evolución que la concepción médica ha tenido de la menopausia. Desde los métodos bárbaros como provocar sangrados en el cuerpo de la mujer, hasta la posible fecundación asistida en mujeres posmenopausicas del siglo XXI. Los datos aquí proporcionados muestran la construcción socio-cultural de la menopausia conforme el desarrollo, por un lado de la ciencia médica, como por el incremento del promedio de vida de las mujeres del México de hoy.

La menopausia que probablemente fuera recibida con alivio por parte de muchas mujeres en épocas donde no se disponía de métodos anticonceptivos eficaces, ha pasado en las últimas décadas a ser asociada con la aparición de distintas y graves enfermedades o se ha considerado que en sí misma es una enfermedad.

Desde la puesta en el mercado del tratamiento hormonal sustitutivo, se ha producido una importante medicalización de las mujeres a partir de la menopausia. Numerosas asociaciones médicas profesionales, y en especial las del área de la ginecología, han tenido un papel de difusores acríticos y muchas veces entusiastas de las campañas de venta de las empresas farmacéuticas. El conjunto de las mujeres de las sociedades económicamente desarrolladas donde la medicina occidental es dominante han sido bombardeadas con informaciones que les generan miedo y angustia en esta etapa de su vida.

En los últimos tiempos, ante el posible riesgo de que el uso de esos productos sea perjudicial, distintos sectores profesionales y organizaciones de mujeres involucrados en la salud, han reaccionado desaconsejando el uso indiscriminado o prolongado de productos hormonales tras la menopausia.

En ese sentido es fundamental que las mujeres y la sociedad reciban mensajes objetivos y positivos respecto a esta etapa transitoria en la vida de las mujeres. La medicalización de la menopausia se ha producido por poderosos intereses de grupos empresariales y profesionales que han hecho un gran negocio a costa de la salud de las mujeres. Esos intereses siguen ahí, por lo que es necesaria una acción decidida y concertada entre los distintos sectores involucrados: las propias mujeres, los profesionales y quienes trabajan en la administración pública de salud para conseguir que ésta y otras medicalizaciones injustificadas desaparezcan. El papel de los servicios de salud debiera limitarse a trasmitir mensajes objetivos a las mujeres y a apoyar a quienes presenten trastornos en ese periodo.

Tampoco debe olvidarse que las propuestas de medicalización de esa etapa de la vida de las mujeres están persuadidas de un contenido ideológico preocupante: difunden supuestos que reducen la complejidad de los fenómenos de salud y enfermedad de las mujeres reduciéndolos a sus peculiaridades hormonales; propugnan un modelo ideal de mujer vinculado a la función procreadora y una interpretación restrictiva de lo femenino vinculada a la exigencia social de unos cánones de belleza y juventud eterna.

III. Cuerpo y sexualidad en la menopausia

En este capítulo se aborda la concepción del cuerpo como un ente social e individual. El cuerpo expresa la cultura a la que cada individuo pertenece y por consiguiente revela su condición genérica. De esta manera, la menopausia es interpretada conforme el cuerpo sexuado de mujer, pero éste corresponde a un estereotipo construido desde una visión androcéntrica que la clasifica como un ser sexualmente disfuncional.

El conocimiento y experiencia que las mujeres tienen de su cuerpo constituye una realidad compleja, determinada tanto por factores de carácter biológico y psíquico, como por el contexto cultural e histórico en el que cada una está inserta.

El cuerpo, sin duda, constituye un objeto de investigación a través del cual se puede observar y reconocer la identidad, dado que es el lugar privilegiado donde se expresan con nitidez, los signos de la condición social. En su lenguaje, el cuerpo expresa el carácter de una cultura, las formas de vivir de pensar, la socialización a la cual ha sido expuesto. Es un receptáculo de normas, de valores y ciertamente de las proscripciones y control de la ideología dominante.

En el caso de la mujer, el cuerpo es la expresión más clara de su condición: devela así el enorme peso de los estereotipos sexuales y de la discriminación genérica de la que es objeto.

El cuerpo es una realidad a la vez social y subjetiva. Es por así decirlo, un producto social y un productor de sentido. Social en la medida en que su definición y sus usos son aprendidos y regulados socialmente por las diversas instituciones: médicas, educacionales, jurídicas, etc., además de la tradición, la costumbre y los hábitos y prácticas sociales vinculados a la sexualidad, a la higiene, a la salud, etc.

El cuerpo posee un status objetivo, es un objeto dotado de sentido, un instrumento simbólico. Las prácticas y conocimientos asociados a él son instancias desde las cuales es posible leer distintas visiones del mundo: es expresivo de creencias socialmente fabricadas, de un orden simbólico y de la identidad de los grupos (Bourdieu, 2000)

El cuerpo es también, un objeto privado e individual, es decir objeto de una experiencia directa, personal, vivencial. Es fuente de sensaciones, de mensajes, de emociones. El lenguaje del cuerpo es revelador, en él se expresa la historia personal y social de cada individuo.

En la mujer, el cuerpo también es expresivo de las normas, valores y estereotipos referidos a su condición genérica, que le permiten o niegan un desarrollo libre, autónomo y asociado a la satisfacción y el placer. Como objeto personal y privado, el cuerpo es también la fuente principal de experiencias ligadas al dolor, enfermedad, violencia, sexualidad y trabajo.

Esta doble dimensión del cuerpo, social y privado, objetivo y subjetivo, es lo que lo constituye en un objeto privilegiado para descubrir la fuerza de lo social en lo individual. Como lo expresa Jodelet: "el cuerpo se vuelve entonces un objeto a propósito del cual se manifiesta muy profundamente la particularidad personal y la interiorización de lo social a nivel mental y experencial" (citado en Rodó y Rivas, 1993)

Las percepciones, conocimientos, vivencias y valores que la mujer tiene respecto de su cuerpo aparecen sin duda asociadas a la ubicación social y contexto cultural. Así entonces, diferentes condiciones de vida de la mujer determinan representaciones sociales del cuerpo también diversas. De esta forma, la percepción o imagen que las mujeres tienen de su cuerpo expresa dos

realidades o situaciones que se interrelacionan y refuerzan mutuamente: las condiciones materiales de vida y su ser mujer, es decir su identidad genérica.

Sin embargo, en general las mujeres, independientemente del sector social del que se trate, tienen una representación de su cuerpo marcada por la instrumentalidad y la disociación o polaridades internas. El cuerpo es un instrumento, un objeto para "hacer", para realizar diversas funciones de carácter social, reproductivas y productivas. El cuerpo es un objeto de uso, en él se ve consumado, y en él se exige el cumplimiento de los roles genéricamente definidos (Rodó y Rivas, 1993)

Así como las interpretaciones de la masculinidad y feminidad se relacionan estrechamente con la forma, tamaño, conducta y funcionamiento del cuerpo físico, la presentación de la menopausia, la transición entre un cuerpo con potencial reproductivo a uno sin él, y los tratamientos para la misma son una rica fuente de pruebas para la interpretación del género. Un ejemplo de ello es como la mujer perimenopáusica e inmediatamente posmenopáusica continua viviendo con las dobles presiones del sincretismo y escrutinio que se centran en el estado del cuerpo como entidad reproductora. Aunque la limitada definición de menopausia no parece ser muy problemática hay ambigüedad especialmente desde que los últimos avances han facilitado la maternidad tras la menopausia. Desde finales del Siglo XX la menopausia ya no es una barrera para el embarazo. Incluso tras el cese del periodo de fertilidad, la fecundidad parece más un asunto de tecnología que de capacidad reproductiva (Smith, 1993) Asimismo, para aquellas mujeres que están en tratamiento con THS, el síntoma de la menopausia más frecuente - es decir, el cese de la menstruación- se puede evitar indefinidamente. En conclusión la menopausia hoy, no está determinada sólo por la edad, sino por factores científico tecnológicos, nutricionales, ambientales y por condiciones socioeconómicas.

De igual forma aunque las personas interpreten y usen sus cuerpos, no lo hacen bajo condiciones de su propia elección y sus interpretaciones están sobrecargadas de ideología. Al respecto Zita indica que:

> El cuerpo es una entidad orgánica con estructura y funciones que pueden romperse y torcerse; pero también es un objeto que adquiere significado y un lugar en la sociedad a través de las prácticas culturales, que a su vez pueden afectar profundamente la salud del mismo, su bienestar y nuestra vivencia de la interpretación de nuestro propio cuerpo (Zita, 1993: 75)

En su artículo "Heresy in the female body: the rhetorics of menopause", Zita (1993) describe tres "estrategias retóricas" acerca de la menopasusia: La primera estrategia está dirigida por el esencialismo biológico que concibe: "la menopausia como la pérdida de la verdadera feminidad". La segunda estrategia es el reduccionismo científico que define la "menopausia como un estado de disfunción o sin función". La tercera estrategia retórica es la "valoración feminista", que interpreta "la menopausia como un acontecimiento "natural" de la vida". Las dos primeras enfocan la menopausia como "una situación en el cuerpo, causada por una disfunción interna" y como tal interpretan la misma como algo negativo, universal, vinculado al sexo y "desvinculado del contexto cultural, histórico y social" (Zita 1993: 64) En el esencialismo biológico, la mujer "es su biología y está determinada por ésta". La menopausia se percibe como una enfermedad de deficiencia de estrógenos, una desviación de las normas de la "verdadera feminidad" y como "una anomalía en la ontología del género que requiere intervención médica" y convierte a la mujer en algo "neutro" o en no-mujer. En los modelos reduccionistas científicos, la menopausia es una desviación de las normas de salud y un buen funcionamiento interno (más que el género per se) y una vez más es descrito como un estado disfuncional que requiere intervención médica (generalmente el THS) y el conocimiento y autoridad médica. Por otro lado, la característica clave de la "valoración feminista" es que la menopausia es una transición de la vida "natural" en vez de patológica, que se experimenta de

varias formas, por lo que se precisan una serie de intervenciones distintas o ninguna, según la comodidad o dificultad de la experiencia individual.

> El cuerpo es un texto biocultural; en parte biológicamente dado y en parte culturalmente construido... está "naturalizado" por su relación con todo el ciclo de vida de una mujer" y es un acontecimiento personal, físico, cultural y político. (Zita, 1993:167)

1. Algunas nociones acerca de la sexualidad

Es evidente, en primer término, la dificultad de definir lo que es la sexualidad. Muchos han intentado definirla, conceptualizarla, pero no se ha alcanzado un consenso al respecto.

Una gran contribución a la discusión moderna y que ha incrementado el debate en torno a la sexualidad humana está ligada a Michel Foucault, quien centrándose en los siglos XVII y XVIII elaboró la primera historia de la sexualidad. La intención original fue la de desarrollar una noción cotidiana sobre la sexualidad, para lo cual se propuso la tarea de una historia del pensamiento, por oposición a la de los comportamientos o de las representaciones: esto es, definir las condiciones en las que el ser humano, "problematiza" lo que es, lo que hace y el mundo en el que vive. De ahí surge su historia de la sexualidad: La voluntad del saber.

Foucault menciona que el término "sexualidad" tiene una aparición tardía, a principios del Siglo XIX. No obstante, el cambio de vocabulario, este acontecimiento no alteró una relación real entre el término y su significado concreto. El autor señala que se fija el uso de la palabra en relación a estos otros fenómenos: a) el desarrollo de diversos campos de conocimiento (que cubren tanto los mecanismos biológicos de la reproducción como las vertientes individuales-sociales del comportamiento); b) el establecimiento de un conjunto de

reglas y normas, en parte tradicionales, en parte nuevas, que se apoyan en instituciones religiosas, judiciales, pedagógicas y médicas; y c) el cambio en la forma en que los individuos dan sentido y valor a su conducta, a sus deberes, a sus placeres, a sus sentimientos, sensaciones y a sus sueños (Foucault,1986, p.7)

El propósito de Foucault al elaborar la historia de la sexualidad está dirigido a comprender cómo surgió, en la cultura occidental moderna, la experiencia de la sexualidad, o sea, el nacimiento y el desarrollo del "sexo" y de la "sexualidad" como elementos culturales dados.

Además de este autor otros han contribuido al análisis de la sexualidad con instrumentos y metodologías diferentes que han revolucionado el campo sexual. Este es el caso de la propuesta elaborada por Jeffrey Weeks, quien al elaborar su artículo "La invención de la sexualidad", se preocupa por presentar una breve historia de esta desde la perspectiva inglesa. Este autor plantea una construcción histórico-social de la sexualidad que tiene como eje los siguientes factores: sistema de parentesco y la familia, la organización social y económica, la regularización social, la política intervensionista y las culturas de resistencia.

Weeks resalta la importancia del sexo y a partir de esta consideración examina la sexualidad desde los esquemas de poder, tomando como referencia la clase, el género y la raza. Con estos parámetros formula la siguiente proposición:

> En lugar de ver la sexualidad como un todo unificado, tenemos que reconocer que hay varias formas de sexualidad: hay, de hecho, muchas sexualidades. Hay sexualidades de clase, sexualidades de género-específico; hay sexualidades raciales y hay sexualidades de pugna y de elección. La invención de la sexualidad no es un evento aislado, perdido ahora en un pasado distante. Es un proceso continuo en el cual nosotros somos simultáneamente movidos por él y actores, objetos de cambio y sus sujetos (Weeks, 1986: 40-41)

Lo notable de la afirmación de Weeks es que él deja abierta la posibilidad de un análisis amplio de la sexualidad donde se aglutinan elementos a partir del esquema de género, de clase y de raza, añadiendo que el análisis no está acabado, que tiene una continuidad donde los seres humanos entran en un proceso en el cual son objetos y sujetos de cambio al mismo tiempo.

En relación con el concepto, manifestación y práctica, la sexualidad se enfrenta en gran parte con lo desconocido, el tabú y el silencio. Al mismo tiempo se enfrenta con una existencia y afirmación de la misma. Dentro de este contexto de negación y afirmación Foucault analiza el desarrollo de la "ciencia sexualis" en el siglo XIX y lo define como:

> Un dominio penetrable por procesos patológicos y que por lo tanto exigía intervenciones terapéuticas o de normalización, un campo de significaciones que descifrar, un lugar de procesos ocultos por mecanismos específicos, un foco de relaciones causales indefinidas, una palabra oscura que hay que desembocar y, a la vez, escuchar (Foucault, 1984: 86)

Si bien el análisis de este autor se ubica en el Siglo XX y la definición de la sexualidad refleja la situación de su época, hoy día la realidad en relación con la sexualidad ha cambiado muy poco. Todavía funciona y son refuncionalizados muchos de estos mecanismos que norman y regulan la sexualidad, sea en el campo religioso, de la medicina, de la educación y de los discursos que hacen referencia a ella.

Por su parte, la autora Ana María Carrillo se preocupa más en definir específicamente la sexualidad femenina:

> La sexualidad femenina no se limita al sexo genital y al orgasmo; tiene que ver con la manera en que nos expresamos a través de nuestros cuerpos y con los sentimientos que experimentamos hacia ellos en la pubertad, el ciclo ovárico, el embarazo, el nacimiento, la lactancia, la crianza de los hijos y la menopausia. Está relacionada también con la manera en que damos y recibimos amor y hasta con nuestras relaciones de amistad con otras mujeres (Carrillo, Ana M. 1988: 11)

Todas estas diferencias muestran el intento de avanzar hacia una conceptualización de lo que es la sexualidad. Algunos autores marcan más lo biológico o lo psicológico. Otros combinan lo biológico, lo psicológico y lo social. La definición de Carrillo y aquí radica su importancia, abarca las dimensiones específicas de la sexualidad femenina, incorporando tanto los elementos biológicos, sociales, como psicológicos.

2. La sexualidad en la menopausia

En el imaginario colectivo es muy frecuente la idea de que la menopausia significa el fin de la vida sexual; son comunes las bromas hirientes y discriminantes o los reproches que suelen hacerse sobre los cambios de humor, irritabilidad, depresión, etc., para justificar conductas incomprendidas. Esta concepción sociocultural refuerza el temor que muchas mujeres tienen a la desaparición del ciclo menstrual y les dificulta adaptarse a la nueva etapa, en la cual se refuerza el mito a la decadencia sexual predicando un tabú según el cual se piensa que disminuye el apetito libidinal, sin considerar que éste es variable, que depende del estado psíquico general y del tipo de relación que se mantenga con la pareja. Como lo demuestra Adriana, ama de casa entrevistada en este estudio, quien relata:

> "Vieras que ahora que estoy en la menopausia, yo me pongo con mucho deseo de tener contacto sexual y ando atrás de mi marido como loca. Es una experiencia muy linda, de verdad que antes nunca había disfrutado tanto mi sexualidad."

Hasta hace unas décadas se afirmaba que la menopausia marcaba el fin del interés sexual, hoy se rescata la misma como activa porque la sexualidad es inherente al ser y el encuentro íntimo puede prevalecer independientemente de la edad. Así lo cree Sofía, mujer feminista entrevistada para este estudio, quien afirma:

> "La sexualidad puede evolucionar favorablemente con los años de convivencia. Cuando cada uno sabe quién es y conoce a fondo a su compañero, cuando no mantiene expectativas ilusorias, se juegan otros valores en el encuentro amoroso que pueden volverlo más intenso."

La psicóloga argentina Sonia Blasco afirma que si durante su vida, la mujer ha tenido relaciones sexuales satisfactorias y placenteras, lo más normal es que en la menopausia las siga manteniendo, en ese sentido la madurez no debe constituir ningún freno para la relación erótica de la pareja, simplemente es un período que requiere ajustes en todos los niveles: biológicos y psicológicos, sin olvidar la personalidad, los deseos y esperanzas, los prejuicios socioculturales y las huellas de su propia historia. La cultura que rehúsa la realidad del paso del tiempo, obliga a disminuir las marcas que la vida deja naturalmente en nuestro cuerpo. La menopausia aparece como la marca del paso del tiempo que la cultura se niega a aceptar (Blasco, 1996)

Por su parte Elizabeth Gutiérrez, psicóloga y sexóloga, opina que dejar el peso de la sexualidad solamente a la testosterona o a la terapia de sustitución hormonal, es negar la influencia que en el aspecto emocional ejerce el poder de sí misma para desarrollar el placer, la satisfacción y el erotismo; es sano tomar conciencia del efecto estrogenito, pero también "el sólo temor al pecado, a veces, modifica o limita la creatividad sexual" (Gutiérrez, 2001)

De acuerdo con ambas psicólogas, la menopausia es un "proceso natural", no una pérdida ni el ocaso de la sexualidad; por ello no se deben justificar el distanciamiento erótico, las inhibiciones y conflictos del cuerpo o la parálisis que se le pone al deseo y al encuentro sexual. Estas investigadoras consideran que la mujer que se ama a sí misma, puede tener mayor capacidad de adaptación a los cambios, reconocer que estos pueden comprometer el ejercicio de la sexualidad pero que no son eternos, de esta manera vence los prejuicios sexistas y hasta puede quedarse sola disfrutando el encuentro consigo misma; vista así, la soledad es una buena opción, para aquellas mujeres que deciden asumir sin desequilibrios

el protagonismo de su propia sexualidad, sabiendo que el deseo está puesto a su servicio para fantasear y darse placer; de esta manera se pierde el miedo a la soledad y al abandono y se toma conciencia de un encuentro íntimo que no envejece, ni la envejece (Blasco, 1996; Gutiérrez, 2001)

Reconocer los inhibidores cotidianos del deseo sexual y aceptar el cambio climatérico, con la diversidad de aspectos que se comprometen en todos los niveles, permite esclarecer los problemas que surjan. Para enfrentarlos con objetividad, de acuerdo con Gutiérrez, la mujer debe escuchar e interpretar los mensajes corporales y mirar el cambio como una necesidad, que hay que reconocer, aceptar y compartir, para derribar perjuicios y descubrir la potencialidad de ese momento. Por el contrario si la mujer se coloca como la víctima de prejuicios culturales, sociales, religiosos, y asume su sexualidad centrada en la procreación y no en el placer, condenara su sexualidad, a tal punto que no se atreverá a seducir ni se dará el permiso para disfrutar (Gutiérrez, 2001)

Varias publicaciones que circulan en la actualidad y que son escritas por psicólogas (Buzzi, 2000; Blasco, 1996; Ojeda, 1995), plantean elegir el lugar placentero de la sexualidad por encima del pro-creativo y disponer de la filosofía del juego erótico; redescubrir todos los aspectos que se dejan adormecer con el paso de los años y ver el climaterio como una etapa de crecimiento, de aventura y sensibilidad, que posibilite vivir de manera lúdica y gozosa; remplazando los viejos símbolos eróticos (mujer de 90, 60, 90 y varón en constante erección), por nuevos estímulos eróticos. De acuerdo con estas autoras hay que reemplazar el estigma que ha acompañado a la mujer por mucho tiempo, según el cual siendo casada, sola o menopáusica, no debe desear, por un nuevo paradigma, que rescate el amor interior, se cultive la pasión, se recree el deseo, con juegos, caricias y masajes, descubriendo al otro y a una misma. Para esta vertiente de la psicología femenina, en la menopausia se aspira, se desea, se ama se excita, hay pasión, emoción y razón, nada cambia y todo cambia, se puede disfrutar la sexualidad a lo largo de la vida, pues la capacidad del goce estimula la salud y recreación del

vínculo afectivo. De acuerdo a esta postura, no se pude seguir mirando a la mujer en esta etapa como ser incapaz y sin derecho a crecer.

Por lo anteriormente planteado, es necesario reflexionar sobre el lugar que le queremos dar a la sexualidad en el proceso climatérico; ¿cómo estamos, cómo nos sentimos, cómo nos preparamos? ¿Será posible darnos el permiso al goce, a la creatividad, al juego, como ingrediente de una sexualidad activa y perdurable por la esencia misma de lo erótico? ¿Es posible dejar de lado tantos miedos, tantas culpas, frustraciones, prohibiciones y reproches, tanto miedo al placer, a la libertad y al erotismo? Esta etapa invita a reconocerse como seres sexuados, el sentido y la calidad de vida también dependen de la forma como cada mujer está viviendo su sexualidad.

3. Las disfunciones sexuales femeninas en la menopausia

Hoy en día se reconoce que las características aprendidas por un buen número de mujeres, las ha llevado a tolerar o aceptar determinadas condiciones, que limitan su gratificación sexual, bien sea por dificultades propias, por las de su compañero, por la relación misma de pareja, o por la propia , pues las dificultades sexuales de las mujeres, no están centradas, como pasa en los varones, en la fisiología y, consecuentemente, en los problemas del tejido eréctil o del orgasmo; las mujeres pretenden disfrutar del sexo de una manera diferente y buscan mejorar aspectos subjetivos de la relación sexual y no sólo la fisiología de la misma. Es por eso que muchas mujeres que se quejan de falta de respuesta genital de sus compañeros, lo hacen además de la ausencia de pasión, de amor, de romance y en general, de placer sensual y ninguna de estas condiciones, se obtiene con medicamentos. Como en el caso de Mónica, ama de casa que al ser entrevistada comentó:

> "En realidad es muy fácil decir que la mujer al descuidarse ya no provoca excitación y proviene el pequeño gran problema del ya no tengo ganas de

hacer el amor y por consecuencia problemas de pareja...Y sin poder decir más que para mí el placer viene cuando mi pareja me abraza y me dice te amo y no cuando grita"

Sin embargo, médicos y sexólogos plantean que uno de los problemas de salud más frecuentes en los seres humanos, es la disfunción sexual, y que no se le ha dado la importancia que requiere, por desconocimiento de las implicaciones en la calidad de vida de las personas. Probablemente por la misma razón no existen estudios de disfunciones sexuales en grandes poblaciones sino, muestras representativas de algunos países, los cuales califican la situación como un problema grave de la calidad de vida en las mujeres.

Durante la menopausia, un tercio de la población femenina experimenta disminución sexual, según un estudio de la Dra. Barbrach Lonnie (Lonnie, 2000) Sin embargo, uno de los puntos difíciles de esta problemática, es la disparidad entre los niveles de interés sexual de la pareja, y su frecuencia de deseo, que los hombres interpretan como ausencia de deseo, y las mujeres como falta de amor.

Berman y Goldstein, del Centro Médico Universitario de Boston, en Massachusetts, basados en la Encuesta Nacional de salud y vida social, en 1999, encontraron que entre 1749 mujeres, el 43% tenía algún tipo de disfunción sexual, y que según el censo de población, 9.7 millones de mujeres entre los 50 y 74 años de edad, presentan varias disfunciones, calificando la situación como un problema grave de la calidad de vida en las mujeres (citado por Ortiz, 2001).

En la Universidad de Boston, Irwin Goldstein, profesor de urología, y padre del "viagra", junto con otros profesionales, buscan conseguir la mejor de las metodologías científicas y farmacológicas que exploren los problemas sexuales y ayuden a buscar soluciones a ellos; Goldstein dirigió en Boston en 1999, una actividad con asistencia de 450 especialistas, entre sexólogos, psicólogos urólogos, ginecólogos, médicos de familia, psiquiatras, neurólogos y sociólogos, para discutir y conocer los trabajos e interrogantes alrededor de las disfunciones sexuales en las mujeres. Feministas en EEUU, publicaron en los Angeles Times y

en el Boston Globe, artículos muy duros denunciando que lo que Goldstein y los laboratorios que lo apoyan quieren hacer, es "medicalizar la sexualidad de las mujeres", ya que cualquier medicamento que trate adecuadamente las disfunciones, será un hito para la industria farmacéutica; además anotaron que en su grupo de trabajo, faltan la antropología médica, la historia de la medicina y los estudios étnicos, que apoyen a los médicos (citado por Ortiz, 2001)

Para enfrentar las posibilidades terapéuticas de las disfunciones femeninas, los estudiosos del tema han visto necesario clasificarlas, e identificar los diferentes factores que contribuyen en mayor o menor medida a su presentación. Hoy se reconoce que la sexualidad femenina tiene mucho más que ver con el contexto sociocultural y que buscar determinantes causales sin conocer a fondo los problemas interpersonales, puede conducir a interpretaciones erróneas. Veamos la clasificación actual de las disfunciones sexuales, basada en la clasificación americana de enfermedades mentales, DSM IV (ver Penagos, 2001)

CLASIFICACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN LAS MUJERES

1.Trastornos del deseo	1.1.Deseo sexual hipo activo
2. Trastornos de la excitación	2.1. Aversión sexual 2.2. Deseo sexual inhibido 2.3. Trastornos de la lubricación
3. Trastorno del orgasmo	3.1. Ausencia de orgasmo
4. Disfunción sexual por dolor	4.1. Dispareunia 4.2. Vaginismo

Fuente: Revista Colombiana de Menopausia. Volumen 7, Número 1. Enero-Abril 2001.

Las disfunciones sexuales anteriores de definen de la siguiente manera:

Trastornos del deseo sexual: se manifiesta por la disminución o pérdida del interés por la actividad sexual. Una baja actividad sexual y una falta de deseo por la misma sería la manifestación típica de este trastorno. Algunas hipótesis destacan que el deseo sexual difiere en cada persona y que estas diferencias no necesariamente indican la presencia de este trastorno. El tema hormonal juega un importante papel según lo argumentan los estudios médicos.

Trastornos de la excitación sexual: se define como la falta en la lubricación vaginal ante estímulos sexuales. Generalmente se acompaña de anorgasmia y puede ser de toda la vida o adquirida. De toda la vida, significa que la mujer nunca ha respondido a la estimulación sexual y adquirida, significa que tuvo respuesta a la estimulación, pero que en algún momento ha dejado de hacerlo. Muchos autores lo relacionan con aspectos hormonales, vasculares y naturales, centrando este tema en mujeres post menopáusicas.

Trastorno del orgasmo: es la falta de orgasmo o la ausencia del clímax en la relación sexual. Aunque la mujer puede encontrarse sexualmente muy excitada no es capaz de llegar al orgasmo. Puede ser de toda la vida (cuando la mujer nunca ha tenido un orgasmo) o adquirido (cuando la mujer ha tenido orgasmos en algún momento en el pasado; pero en el presente es incapaz de experimentar uno) También puede ser situacional o generalizado. Algunas mujeres objetan que las causas frecuentes de este trastorno obedecen al desconocimiento de técnica de excitación sexual. Es conveniente anotar que cuando se hable de anorgasmia, no se deje de lado la relación con el hombre, ya que en muchas ocasiones no estamos en presencia de una mujer anorgásmica sino ante un hombre con eyaculación precoz.

Disfunción sexual por dolor: en esta clasificación se ubican la dispareunia y el vaginismo. La **dispareunia** es el sentimiento de dolor durante el coito. Puede

presentarse en el momento de la introducción, durante la fricción, en algunas posiciones específicas o con determinados movimientos. Las causas principales, de acuerdo a diversos textos, pueden ser las enfermedades de inflamación de pelvis, cirugías recientes, infecciones urinarias y tumores pélvicos o genitales, entre otras.

El **vaginismo** es una respuesta condicionada que resulta de la asociación de la actividad sexual con el dolor. Básicamente, es una fobia a la penetración vaginal y se manifiesta en la involuntaria contracción de los músculos que rodean la parte inferior de la vagina. Se diagnostica vaginismo primario cuando una mujer nunca ha experimentado la penetración vaginal, y vaginismo secundario cuando tuvo penetración sin problemas en el pasado.

No es posible aún plantear terapias únicas para las denominadas disfunciones sexuales, ya que no se puede limitar la solución de un problema disfuncional, a la reacción local genital, de vasodilatación y aumento de tamaño del clítoris, o de lubricación vaginal, cuando la respuesta sexual no solamente compromete múltiples estructuras orgánicas, sino que depende de las vivencias personales, la autoestima, los sentimientos, la interacción entre las parejas y sus propias problemáticas, además del medio ambiente físico y psicológico. Lo mejor para el manejo de las disfunciones sexuales es la combinación multidisciplinaria de lo físico-químico, lo psicológico y lo relacional. Y aunque para varios sexólogos y psicólogos ha pasado de moda plantear cuestiones socioeconómicas, también las condiciones materiales influyen en la libido de mayoría de las mujeres. Como lo revela Mónica, ama de casa quien al respecto comentó:

> "Tengo otros problemas más importantes y el tener relaciones no es lo más importante. Primero está atender a mis hijos, ver que nos alcance para todos los gastos y luego lo demás".

Al igual que en Mónica, en el total de las mujeres entrevistadas los más importantes signos de malestar fueron la falta de bienestar emocional (si ella

estaba deprimida o estresada, por ejemplo) y la calidad de la interacción emocional con su pareja durante la actividad sexual. En ese sentido considero esencial re-pensar el concepto de disfunción sexual femenina y observar más cercanamente la propia descripción de las mujeres acerca de sus problemas y toda su calidad de vida, incluida la salud mental y emocional, las presiones económicas y las dificultades en su relación de pareja. Incluso sería de gran valor pensar si el término adecuado es disfunción o malestar sexual de las mujeres.

Conclusión

Durante siglos el funcionamiento sexual del hombre ha sido el modelo regulador normativo de la conducta sexual humana. Tal vez sea ésta la mayor disfunción sociopolítica que deben enfrentar las mujeres respecto de su propia salud. El imaginario masculino sobre lo que debe ser la sexualidad femenina –o lo que se espera de ella -, sumado al hecho de tener sólo el patrón masculino como la referencia de la sexualidad humana, ha dado como resultado una visión de la sexualidad femenina empobrecida y disfuncional.

Hasta la segunda mitad del siglo XX se desconocía la base fisiológica de la respuesta sexual de las mujeres, y por lo tanto cómo abordar lo que se ha llamado disfunción. La pobreza de usar sólo la base fisiológica ha ido quedando al descubierto a medida que diversos estudios sobre la mujer y el género -usado como categoría sociocultural- ha superado cualitativamente los abordajes exclusivamente fisiológicos y biológicos.

El peligro de considerar las llamadas disfunciones sexuales de las mujeres como enfermedades en sí mismas, conlleva el no indagar sobre sus causas para actuar sobre ellas y poner el acento, en cambio, en temas orgánicos y hormonales proporcionando respuestas exclusivamente farmacológicas. Las "disfunciones" pueden ser respuestas de mujeres que sufren estrés o cansancio y debería

presentarse atención a esos factores. Las disfunciones o trastornos de la sexualidad femenina toman como base las respuestas fisiológicas pero no las cuestiones emocionales ni la relación con la pareja que son más importantes para el resultado final. En ese sentido, puede haber falta de satisfacción o desinterés sexual, pero eso no significa que las mujeres estén enfermas.

La respuesta sexual en las mujeres va más allá de la fisiología genital, la asociación automática al factor hormonal no siempre ofrece una explicación suficiente al bajo deseo de la libido y del orgasmo. Como se ha insistido en este trabajo, el modelo médico actual está limitado para ocuparse de problemas de la sexualidad porque promueve la función genital como la pieza central de la sexualidad ignorando cualquier otro aspecto; la separación mente-cuerpo que hace lo conduce a un reduccionismo biológico que se concentra más en las enfermedades que en las personas.

La teoría social feministas ha demostrado que el deseo y la realidad sexual de las mujeres se ha abordado y analizado predominantemente desde la patología y desde la percepción subjetiva de la masculinidad. En la ciencia y la cultura no existían lenguajes construidos desde la realidad y subjetividad de las mujeres para dar cuenta de su cotidianidad sexual. A pesar de ello y no obstante los últimos avances del movimiento de mujeres por reivindicar su sexualidad, en nuestros días, toda sexualidad es todavía juzgada por estándares que privilegian la sexualidad masculina. El camino histórico por recorrer es por consiguiente aún largo.

IV. Cambios socio-demográficos y menopausia

En este capítulo se exponen algunos planteamientos socio-demográficos, con el propósito de ubicar a las mujeres mexicanas de mediana edad en el desarrollo poblacional de las últimas décadas. Se parte del hecho de que el promedio de vida se ha ampliado, lo cual posibilita que un número mayor de mujeres vivan la etapa del climaterio. Sin embargo el hecho de que la esperanza de vida de las mexicanas se haya incrementado, no conlleva el que las mismas tengan una mejor calidad de vida.

1. Envejecimiento demográfico

Durante la última centuria, México experimentó transformaciones sin paralelo en muy diversos ámbitos. En el plano demográfico, el país atravesó por una transición inédita, que implicó ciclos de despegue e intenso crecimiento poblacional, y, más recientemente, de desaceleración del mismo. En 1900 el país estaba poblado por alrededor de 15 millones de habitantes, en 1950 alcanzó 27 millones, y cerro el siglo XX con casi 100 millones, es decir, una cifra siete y cuatro veces mayor, respectivamente, lo que ubica a México como la décimo primera nación más poblada del mundo (Tuirán, 2000)

La ciudad de México, en particular, contaba a principios del siglo XX con 365 mil habitantes y se ubicaba en esa época en el lugar 42 entre las 50 ciudades más grandes del mundo. En el año 2000 tenía más de 18 millones de habitantes, es decir, casi 50 veces su tamaño original, y es la segunda ciudad más poblada del mundo (Tuirán, 2000)

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (Conapo), las mujeres mexicanas suman, en la actualidad, 50.2 millones y representan poco más de 50 por ciento de los 99.6 millones de habitantes del país. Según estimaciones del Conapo, se prevé que en el año 2007 las mujeres sumarán alrededor de 53.6

millones y para el año 2010 ascenderán a 56.7 millones. Los cambios en la composición por edades de la población femenina tendrán, sin duda, importantes consecuencias en la conformación de un amplio espectro de demandas sociales.

Las estadísticas de población señalan que, en los últimos 25 años se han producido cambios notables en la estructura por edades, lo que ha dado lugar a un proceso gradual de envejecimiento de la población, expresado en el continuo aumento de la proporción de adultos y ancianos en la población total.

Al iniciar el presente milenio, México no sólo cuenta con una población mucho más numerosa, sino que sus habitantes viven un mayor número de años. En los albores del siglo XX, la esperanza de vida era de 30 años (29.6 para hombres y 30.3 para mujeres). En contraste, al cerrar el siglo XX, la esperanza de vida de los mexicanos asciende a 75 años (72.8 para hombres y 77.3 para mujeres), es decir, 45 años más (Tuirán, 2000)

Es posible anticipar que "a México le saldrán canas y se pondrá viejo" (Reyes Heroles, 1999). Si hoy uno de cada veinte mexicanos tiene 65 años de edad o más, en el 2030 representarán uno de cada ocho, y en el 2050 uno de cada cuatro habitantes del país. El envejecimiento demográfico, con los cambios asociados en las pautas de morbilidad y mortalidad, impondrá una cuantiosa reasignación de recursos y demandará profundos cambios en la cultura, la economía y la sociedad mexicana, así como fuertes presiones sobre la infraestructura de salud y de seguridad social.

Así, por ejemplo, la creciente proporción de sobrevivientes en edades avanzadas propiciará que un número cada vez mayor de personas experimenten algunos rasgos indicativos de deterioro funcional. Se estima de manera conservadora que en los años próximos el número de personas de la tercera edad con algún tipo de deterioro funcional (ya sea en actividades básicas o de movilidad

en el interior de la vivienda, o bien de movilidad al exterior de la vivienda) crecerá de 1.7 millones en 1995 a 7.3 millones en 2030 y 15.1 millones en el 2050 (Conapo, 2000)

No hay duda alguna que una proporción cada vez mayor de la población de México estará compuesta por adultos mayores. El cambio en la pirámide de población acelerará la transición hacia un perfil epidemiológico dominado por los padecimientos crónico-degenerativos, como el cáncer y las enfermedades del sistema circulatorio y del corazón. Este hecho determinará que el peso de la enfermedad y de la muerte siga desplazándose en las próximas décadas hacia los grupos de mayor edad. En consecuencia, los problemas de discapacidad de los adultos mayores podrían ser cada vez más intensos y visibles en la sociedad. Al respecto, se estima que el número de personas con algún rasgo de deterioro funcional en la vejez crecerá de 2.0 millones existentes en 2000, a 7.3 millones en 2030 y a 15.1 millones en 2050 (Conapo, 2000) Las nuevas realidades demográficas y epidemiológicas probablemente impondrán fuertes presiones sobre la infraestructura de salud; provocarán una cuantiosa reasignación de recursos para atender sus demandas; y exigirán profundas reformas en las estrategias, alcance, funcionamiento y organización de este sector. En este proceso, las acciones de promoción y prevención de la salud deberán desempeñar un papel cada vez más preponderante y emprenderse desde muy temprano en la vida de las personas.

La creencia de que el envejecimiento demográfico es preocupación exclusiva de las naciones más desarrolladas se opone a las realidades y previsiones sobre la escala, rapidez y características de este proceso en los países en desarrollo. Si hoy residen alrededor de 248 millones de adultos mayores en esas naciones, se prevé que en el año 2050 su número aumentará a 1,163 millones, lo que implica un tamaño 4.7 veces mayor al original y una proporción tres veces superior (de 5.1 a 15 por ciento de la población total) (Conapo, 2000)

ACERVO HISTORICO

Las sociedades envejecidas o en proceso de serlo están apareciendo por todos los rincones del mundo. Este fenómeno es una expresión clara de la transición demográfica por la que atraviesan las poblaciones de muy diversos países. Por un lado, la declinación de la mortalidad origina un progresivo aumento de la esperanza de vida y, en consecuencia, un número cada vez mayor de personas llega con vida hasta edades avanzadas. Por el otro, la caída de la fecundidad se refleja a la larga tanto en una cantidad menor de nacimientos como en una reducción sistemática de la proporción de niños y jóvenes en la población total. La combinación de ambas tendencias conduce, de manera inevitable al envejecimiento demográfico.

Como se advertirá, el envejecimiento demográfico tiene múltiples y complejas ramificaciones de carácter social, económico, político y cultural, al tiempo que implica desafíos y responsabilidades inéditas para la sociedad y el gobierno. De hecho, este fenómeno reforzará en el futuro su carácter de grave problema social si se articula con la pobreza, el aislamiento social, la enfermedad y la discapacidad, entre otros. Al respecto, no debe olvidarse que en nuestro país las diferentes dimensiones de la desigualdad (como son la clase social, la etnia y el género) se entrecruzan y refuerzan en la vejez, lo que provoca que los adultos mayores a menudo se vean atrapados en una telaraña de desventajas múltiples, de la cual es muy difícil escapar.

Es probable, sin embargo, que la presencia numerosa de los adultos mayores en la sociedad mexicana contribuirá a impulsar una verdadera revolución cultural dirigida a erradicar discursos piadosos o peyorativos hacia la vejez, a revalorizar la imagen social de este segmento de la población, a fortalecer la solidaridad intergeneracional, y a propiciar que la muerte social no anteceda a la muerte biológica. La profundidad de este cambio cultural determinará si en el futuro seremos capaces de configurar una nueva ética social y una nueva economía moral del ciclo de vida y de la vejez.

En consecuencia, el envejecimiento y las respuestas sociales que desencadene darán lugar a profundos cambios en nuestra manera de ser y de pensar: hombres y mujeres de todas las edades tendrán que adaptarse (de manera diferente) a las cambiantes percepciones del curso de vida, y a las normas y expectativas sociales emergentes relacionadas con la edad. De hecho, el aumento previsto en la esperanza de vida de la población mexicana (de 75 a 84 años entre 2000 y 2050) contribuirá a ampliar el "tiempo de vida familiar" y convertirá en un acontecimiento usual la interacción de personas emparentadas entre sí, pertenecientes a cuatro o hasta cinco generaciones sucesivas. Esto dependiendo también del sector socio económico, pues además del incremento de la esperanza de vida, la maternidad se posterga, en algunos grupos después de los 30 años, proceso que probablemente se incremente en las nuevas generaciones.

Con el nuevo perfil de la población, otros ámbitos de la vida cotidiana como los estilos de vida, los patrones de consumo y las pautas de alimentación, también podrían ser modificados. Igual que la demanda de algunos servicios especializados, se deberá poner mayor atención en el equipamiento para facilitar la vida de este segmento de la población: viviendas más funcionales, modalidades en el transporte urbano, mayor número de rampas en las esquinas de las calles y sitios públicos.

En la industria manufacturera, probablemente ya no se necesitarán tantas fábricas de pañales, de juguetes y de ropa para niños, y en cambio se requerirán muchas más unidades fabriles orientadas a atender las múltiples necesidades domésticas, nutricionales y de movilidad de los adultos mayores. En los servicios se requerirán menos guarderías, menos escuelas de educación básica, menos establecimientos obstétricos y pediátricos; en contraste, seguramente habrá más necesidad de albergues y servicios de recreación para ancianos, así como más geriatras y especialistas en la atención de la vejez.

En correspondencia con el cambio demográfico, probablemente proliferarán las organizaciones y grupos dedicados a proteger y promover el ejercicio de los derechos de los adultos mayores. Los adultos mayores seguramente se organizarán y presionarán para que los nuevos arreglos institucionales reflejen más fielmente las nuevas pautas de demandas y necesidades. La propia recomposición del electorado lo propiciará: si en la actualidad los adultos mayores representan alrededor de 8 por ciento de la población en edad de votar, treinta años más tarde su peso relativo ascenderá a más de 17 por ciento; y en el año 2050 se elevará a 30 por ciento (Conapo, 2000) En consecuencia, las agendas del poder ejecutivo y del Congreso, así como las plataformas de las organizaciones sociales y los partidos políticos, buscarán adaptarse a esta nueva realidad demográfica y, en consecuencia, la atención de la población adulta mayor, adquirirá innegable importancia política.

En suma, el envejecimiento se convertirá en un desafío formidable que de manera conjunta tendrán que enfrentar sociedad y gobierno. En el nuevo siglo será necesario multiplicar los esfuerzos sociales con el fin de prever sus consecuencias y ramificaciones, reconocer los costos y beneficios que acompañan a este proceso, diseñar ambiciosas propuestas legislativas, y poner en marcha programas institucionales imaginativos y eficientes.

2. Aumento de la esperanza de vida y menopausia

La población en México en el año 2000 era de 97, 483, 412 habitantes, de los cuales 49, 891,159, fueron mujeres; de esta cifra, el 12.67% se encontraba en la etapa del climaterio. Este dato, aunado a que la expectativa de vida del sexo femenino era de 70 años, permite inferir que las mexicanas viven una tercera parte de su vida después de la menopausia (INEGI, 2000)

El número de mujeres de 40 años de edad o más ha aumentado paulatinamente durante los últimos cincuenta años, pasando de 3.2 a 11.7 millones en la actualidad, lo que significará un incremento absoluto de 8.5 millones en ese periodo y un crecimiento medio anual de 2.6 por ciento. En la actualidad, debido al aumento de la esperanza de vida y a la elevada fecundidad del pasado, el crecimiento de este grupo se acelerará progresivamente, por lo que las instituciones de salud tendrán que asignar una cuantiosa cantidad de recursos para atender las necesidades asociadas con la atención por climaterio de esta población, ya que en promedio se incorporarán poco más de 570 mil mujeres por año en esta década, y alrededor de 670 mil en la siguiente, por lo que en tan sólo 20 años este grupo duplicará su tamaño (Conapo, 2000)

En México, es muy reciente la puesta en marcha de estrategias de atención para el climaterio y la posmenopausia en las instituciones públicas de salud. Según el Consejo Nacional de Población, se encuentra en elaboración la Norma Oficial para la Atención y Tratamiento de la Mujer en el Climaterio, la cual permitirá, además de normar la calidad y características de los procedimientos médicos, dar un fuerte impulso a la expansión de la oferta de estos servicios en el sector público.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población, los programas de atención del climaterio y la menopausia están dirigidos principalmente a las mujeres mayores de 40 años. En México la menopausia generalmente se presenta alrededor de los 49 años de edad, pero los síntomas del climaterio pueden aparecer algunos años antes y continuar entre diez y 15 años después. Este comportamiento permite definir al grupo de mujeres que se encuentran en esta etapa de su vida como aquellas que tienen entre 45 y 64 años de edad, quienes ascienden en la actualidad a 8.4 millones. Sin embargo, debido a que la menopausia puede producir cambios en la composición hormonal que afectan la salud de las mujeres de múltiples maneras, en las instituciones públicas de salud

se contempla la necesidad de otorgar atención médica a quienes han cursado este proceso, desde unos años previos a su ocurrencia y hasta su muerte. Por lo tanto, se define como población objetivo para la atención del climaterio y posmenopausia a las mujeres de 40 años y más (Conapo, 2000)

El hecho de que la mujer deje de menstruar en un momento determinado de su vida es un hecho conocido desde la antigüedad más remota. De acuerdo con un estudio elaborado por Botella Lluisa, se encuentran referencias de este acontecimiento biológico en la Biblia y papiros egipcios que señalan a las mujeres menopaúsicas como mujeres "blancas" en contraposición con las mujeres "rojas" que eran las que menstruaban. El galeno Aecio de Amida, hacia el año 500 a.c. escribió que la sangre cesaba a los 50 años (Botella, 1990) Durante muchos años la menopausia era un fenómeno raro en la mujer ya que la esperanza de vida era muy baja. Así, en la época de Aecio de Amida, la vida media de las mujeres era de treinta y tantos años, de modo que aunque la edad de la menopausia era de 50 años, rara era la mujer que llegaba a ella.

Como lo muestra la historia, la esperanza de vida ha aumentado muy notablemente, de tal manera que si la esperanza de vida en Europa, por ejemplo, era en el siglo XVI de 30 a 35 años hoy día sobrepasa ampliamente los ochenta años. Existe información que indica que hasta el año 1800 las mujeres morían antes de la edad de la menopausia, y en consecuencia no había menopáusicas. Sólo a partir de la mitad del siglo XIX el promedio de vida empieza a remontarse por encima de los 50 años, y empieza tener importancia el número de mujeres que han tenido la menopausia y siguen viviendo. La población de mujeres posmenopáusicas comienza a crecer poco a poco, constituyendo hoy en día aproximadamente el 25% de toda la población femenina del mundo (Botella, 1990)

A pesar de que la menopausia ha sido un hecho reportado en papiros egipcios y la Biblia, su reconocimiento como un problema clínico se da al inicio del siglo XX. Sobre todo, ha sido en las tres últimas décadas cuando el conocimiento

de la menopausia ha adquirido mayor relevancia debido a que el promedio de vida se ha incrementado de tal manera que aproximadamente la tercera parte de la vida de una mujer transcurre durante el climaterio. Este fenómeno, aunado al incremento acelerado de la población mundial, ha determinado que el número de mujeres de 45 años haya aumentado en forma muy significativa durante la segunda mitad del siglo XX.

De acuerdo con datos de la Organización de las Naciones Unidas, en el año 2025 la esperanza de vida al nacer será, en promedio, de 70 años en todo el mundo (United Nations Population Division, 1984) En los países en vías de desarrollo, el aumento de la población ha sido y será de mayores proporciones y a una velocidad más acelerada que en los países desarrollados. A finales de la década de los años ochenta, ya se estimaba que para el año 2000 existirían 719 millones de mujeres de 45 años y más, y que el 65 por ciento de ellas habitarían en países en vías de desarrollo (Diczfalusy, 1996)

Las tendencias demográficas antes descritas se han dado también en México en forma muy similar: la esperanza de vida al nacer de la mujer mexicana, en el quinquenio de 1950-1955 era de 52.37 años, edad que apenas rebasaba la edad promedio de la menopausia, habiéndose incrementado a 73.81 años en 1990-1995, y estimándose que llegará a ser de 78.58 años en el quinquenio de 2020-2025 (Centro Latinoamericano de Estudios Demográficos -CELADE-)

En el trabajo que Langer y Romero desarrollaron sobre menopausia, exponen también que en México, según datos de los Censos Generales de Población y Vivienda de las últimas décadas, en 40 años se quintuplicó el número de mujeres mayores de 50 años. Proyecciones elaboradas por el Consejo Nacional de Población señalaban que para el año 2000 existirían más de 7 millones de mexicanas con edades por arriba de los 50 años, quienes seguramente demandarán atención de programas e instituciones (Langer y Romero, 1994:33) En el año 2002 existían 7.6 millones de mujeres en periodo de

climaterio; el 46% de ellas entre 45 y 54 años y el otro 54% en las etapas posteriores (American on Line-México, 2002)

Junto al aumento de la esperanza de vida también se ha producido un cambio en la actitud de la sociedad hacia la menopausia; en el pasado cuando la mujer vivía menos y se le retiraba la regla el hecho era de relativa importancia. Sin embargo hoy en día en que las mujeres viven mucho más, la menopausia las puede sorprender en un momento en que se encuentran en una fase de intensa actividad tanto física, como social. En consecuencia, la desaparición de la regla puede introducir cambios psicológicos que antes no existían y la actitud de la mujer ante la misma puede cambiar radicalmente. Este fenómeno no se produce sino a mediados del siglo XX, de manera que hasta mediados de la década de los 50 a las mujeres no les preocupaba el cese de la regla.

Hasta mediados del siglo XX, cuando a una mujer le desaparecía la regla se la consideraba "jubilada" como mujer, pues la feminidad estaba muy relacionada con el concepto de fertilidad a pesar de que la mujer dejaba de procrear varios años antes de que le cesara la regla; la presencia del periodo menstrual dejaba abierta en las mujeres la esperanza de un nuevo embarazo (Botella, 1990)

En la actualidad con el cese de la regla aún suelen presentarse sentimientos encontrados, en algunos casos la mujer puede suponer que ya no podrá embarazarse oponiéndose este sentimiento de pérdida de fertilidad a la tranquilidad de saber que puede tener relaciones sexuales sin consecuencias. Una idea equivocada, ya que la mujer puede tener una esterilidad relativa varios años antes del cese definitivo de la regla.

Antes de los años 60, cuando las mujeres no conocían los métodos modernos de contracepción y las familias tenían ocho o diez hijos, muchas de ellas recibían la menopausia como una liberación de la reproducción continua. En

la actualidad, por el contrario, se puede evitar o planificar un embarazo, y sin embargo algunas mujeres piensan que la menopausia es algo que les disminuye o les reduce su valor femenino. Algunos estudios desarrollados desde la psicología clínica y social, consideran que durante la menopausia se produce en las mujeres una sensación de decadencia de su feminidad, que es la que provoca toda una serie de síntomas psicosomáticos y que se dan independientemente de que la mujer tenga o no tenga hijos y mantenga o no relaciones sexuales (Casamadrid, 1986, Chávez, 2001)

En la era tecnológica de los siglos XX y XXI, la realidad de las mujeres maduras es otra: reproducción y sexo ya no son paralelos. La sexualidad sobrepasa con mucho la reproducción y la mujer pasados los 50 años no se encuentra imposibilitada para el embarazo o para continuar desarrollando las actividades en el área o campo en donde se encuentre. Esto conlleva a que la mujer tome más interés por los problemas relacionados con su salud en general y con sus derechos sexuales y reproductivos en particular. Sin embargo, el interés por la menopausia y los efectos que de ella se derivan no siempre se deben a una mayor preocupación de la mujer por su salud sino simplemente a que, en la población en general, hay muchas más mujeres en esta fase de la vida.

3. Menopausia y calidad de vida

La esperanza de vida humana ha cambiado con el tiempo y de acuerdo al espacio socio-económico, pero en algunos países latinoamericanos, africanos y asiáticos, aún mueren por igual mujeres entre los 45 y 50 años de edad. Sin embargo, desde que los registros de población existen (año 1500) las cifras indican que las mujeres vivían entre cinco y 10 años más que los hombres. Incluso cuando dar a luz suponía todo un riesgo por las malas condiciones higiénicas y sanitarias, la longevidad femenina era superior. De igual forma conviene recordar que la especie humana es la única que tiene una supervivencia prolongada después de terminar su etapa reproductiva; es decir, otras especies

mueren poco después del cese de su capacidad reproductiva. A diferencia de otras mamíferas, la mujer vive relativamente mucho más tiempo después de la menopausia, de hecho hay estudios que han demostrado que alrededor del 33% del tiempo de su vida las mujeres la pasan en la fase posmenopáusica, mientras que en otras mamíferas este período se reduce de 10 a 15% (Yabur, 1997) Esto sencillamente quiere decir que las mujeres podrían pasar entre 25 y 30 años en esta época de su vida. De ahí el interés por estudiar qué relación pudiera tener la longevidad con la posmenopausia, y de esta manera tratar de identificar los factores que las condicionan o la manera de intervenir para modificarlos.

¿Qué factores influyen sobre la edad en la que se presenta la menopausia? ¿La variación de la edad de la menopausia es debida a que actualmente la mujer se cuida mejor y esto repercute sobre la edad de la menopausia o se debe a factores socioeconómicos y a la diferencia en la calidad de vida?

En México, la esperanza de vida es más prolongada para las mujeres sin embargo, si contáramos con indicadores para medir la calidad de vida, seguramente encontraríamos que aunque las mujeres viven más, lo hacen en peores condiciones, pues en la etapa posreproductiva las diferencias derivadas del género y las que resultan del nivel socioeconómico, están presentes y se agudizan en esta etapa de la vida.

Por otro lado, la prolongación de la esperanza de vida no equivale a una mejor calidad de vida. El concepto "calidad de vida" ha evolucionado desde una noción netamente sociológica, en la cual se evaluaban indicadores como la posesión de automóvil, de electrodomésticos, etc., hacia una perspectiva psicosocial en la cual lo relevante es la satisfacción personal. Ambas posiciones se funden en la definición de calidad de vida que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo en 1994: "es la percepción que tiene el individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en los cuales vive, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses" (OMS, 1994) En esta

definición subyacen dos elementos esenciales: por un lado, su carácter subjetivo, enunciado como un sentimiento personal, un juicio o una comparación; por otro, su carácter multidimensional, abarcando aspectos físicos, afectivos, cognitivos, sociales y económicos. Aunque es una definición demasiado general y debe manejarse con cautela, es útil porque la OMS es un referente conceptual de varias instituciones públicas encargadas de elaborar y emitir políticas públicas de salud.

En la actualidad, es aceptada la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida. Por ejemplo, cuando una enfermedad afecta a un individuo, el deterioro no sólo le afecta física o emocionalmente, sino también puede repercutir en su capacidad económica y laboral, o de igual modo el impacto del estado de salud puede influir en el bienestar de su familia, o en su capacidad de llevar una vida subjetivamente satisfactoria.

Por lo que se refiere a la menopausia, las consecuencias del cese de la función ovárica pueden contemplarse también desde la perspectiva de la calidad de vida. No basta, por tanto, con identificar la presencia de bochornos u otro síntoma, sino que también interesa la apreciación subjetiva de la mujer quien dirá si ve afectado o no su bienestar por tal acontecimiento biológico. Interesa conocer también, si los cambios psíquicos afectan su capacidad laboral, su capacidad de relacionarse con diferentes personas, en su familia y/o pareja.

Hay innumerables publicaciones sobre la sintomatología en la menopausia, pero son muy escasos los estudios que miden la influencia de ésta sobre la calidad de vida. De la misma manera, los pocos que hay, tampoco son unánimes en cuanto a los instrumentos de medida los cuales, en algunos casos, son de dudosa calidad. El Estudio GAZEL, por ejemplo, es un trabajo de investigación desarrollado en Francia, con 286 mujeres de la compañía de Gas y Electricidad de Francia (citado en Ortiz, 2001) En este estudio se utilizó como instrumento el Nottingham Health Profile, un instrumento de calidad de vida. Este estudio encontró que para cuatro de las seis secciones analizadas: aislamiento social,

dolor, sueño y energía; la mujer menopáusica presentaba una peor calidad de vida que la premenopáusica, todos ellos explicables por las molestias propias del climaterio. Un inconveniente de este cuestionario es que sólo se responde "sí" o "no", lo cual constituye un problema metodológico.

Blümel y Castelo-Branco han publicado en los Estados Unidos un estudio que utiliza un instrumento específico para el climaterio, y evalúa el impacto del cese de la función ovárica sobre la calidad de vida. Tras incluir a 481 mujeres entre 40 y 59 años, los autores encuentran un deterioro considerable en la calidad de vida de las mujeres climatéricas. Al aplicar regresión logística, muestran que la pérdida de calidad de vida en estas mujeres no depende de la edad ni de variables sociodemográficas como el estado civil, el número de hijos, la educación o el trabajo, sino esencialmente, de haber tenido o no la menopausia (Blümel y Castelo-Branco, 2000) Es decir, estos autores aíslan la menopausia y descontextualizan por completo a las mujeres de su entorno sociocultural.

Algo igualmente sorprendente es el estudio y la afirmación de Botella Lluisa quien señala: "Se ha comprobado que tanto la raza como el nivel socioeconómico tienen una influencia importante sobre la edad a la que se presenta la menopausia" (Botella, 1990) Asimismo muestra los resultados de su investigación en donde compara países, raza y nivel de vida (ver siguiente gráfica)

RAZA Y NIVEL DE VIDA EN LA MENOPAUSIA

PAIS/RAZA

	Nivel de vida alto Edad	**Nivel de vida bajo Edad**
EE.UU blancas	50.2	49.5
EE.UU negras	49.3	48.0
Sud-África blancas	50.0	47.5
Sud-África negras	49.5	47.5
España	50.2	50.0

Fuente: Botella, Lluisa José, La edad critica de la mujer. Salvat, Madrid. 1990.

Como muestra la tabla, las blancas tienen más edad que las negras cuando se presenta la menopausia, y en ambas razas, el nivel social influye en aplazar la edad de la menopausia.

Sin embargo, hay que destacar que en todos los casos las diferencias son escasamente significativas y, a todos los efectos, la edad de 50 años puede ser considerada como la edad media de la menopausia.

Tampoco existen notables diferencias en la edad en que se presenta la menopausia entre los diferentes países y las diferentes razas.

De acuerdo a la tabla presentada por Botella, puede estimarse que la menopausia tiene lugar en las mujeres entre los 46 y 51 años. La menopausia que se presenta a edades inferiores es considerada por los médicos como un "fenómeno patológico".

En el caso de América Latina también se han desarrollado investigaciones que tienen por objetivo evaluar el deterioro de la calidad de vida durante el climaterio. Investigador@s de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, en Bogotá, analizaron la forma cómo el climaterio impacta a la calidad de

vida. Se estudiaron mujeres entre 40 y 59 años de edad, residentes en Bogotá. Al analizar las modificaciones de cada uno de los síntomas del Cuestionario Específico de Calidad de Vida para la Menopausia aplicado en tal estudio, se observa que los síntomas vasomotores aparecen también en estas mujeres en el período de la menopausia. No se indica igual concordancia con los síntomas psicosociales; no se reporta que aumenten durante el climaterio la tristeza, el nerviosismo, la impaciencia o el descontento con la vida personal, pero sí pérdida de la memoria, aumento del deseo de soledad y menor nivel de actividades. Igualmente, varias manifestaciones físicas que el test considera, tampoco parecen aumentar durante el climaterio en estas mujeres colombianas: cefalea, sequedad de piel, aumento de peso, etc. De acuerdo al reporte de esta investigación, al agrupar los síntomas por áreas sintomáticas, sí se observa pérdida de la calidad de vida con el climaterio, originada en síntomas de tipo vaso motor, psicosocial y físico. Cabe señalar que, en este estudio, los síntomas agrupados en el dominio de la sexualidad no se deterioran durante el climaterio, aunque se observó un leve deterioro con la menopausia (Ortiz, 2001)

Los estudios llevados a cabo dentro del mundo occidental "desarrollado" no revelan demasiado consenso sobre qué síntomas pueden constituir un "síndrome menopáusico". Tal como ha señalado Hunt:

> La lista de síntomas oscila de uno a treinta. Los síntomas de una lista pueden no estar diferenciados, o agrupados en subclasificaciones con etiquetas de "psicosomáticos", "vasomotores" y/o "somáticos". La clasificación de tales síntomas ni siquiera es coherente entre estas listas: por ejemplo, las "palpitaciones" están clasificadas como psicológicas por Greene (1976), psicosomáticas por Neugarten (1965) y vasomotoras en el índice de la Fundación Internacional de la Salud (1977) (Citados por Hunt, 1996:164)

La interpretación de un síndrome menopáusico no ha sido directa ni políticamente neutral. Aunque en estricto sentido biológico, todas las mujeres que han tenido menstruación tienen un cese de la misma, una compleja interrelación

entre las sensaciones del cuerpo y las expectativas sociales, dista mucho de poder establecer una menopausia universal.

Como se puede deducir, la evaluación de las consecuencias que la menopausia tiene sobre la mujer se ha hecho tradicionalmente a partir de escalas clínicas, cuyo propósito principal ha sido proporcionar una medición cuantitativa de la eficacia de las intervenciones médicas. Sin embargo, estas escalas no reflejan necesariamente, cómo las mujeres perciben esos síntomas o responden a los tratamientos. Muchos estudios están bajo la influencia de la población clínica, aunque la población clínica es atípica respecto a la general en varios aspectos (véase por ejemplo, Hunt, 1996) hasta hace relativamente poco se ha empezado a investigar la menopausia en otros campos fuera del ámbito de la medicina.

Los cuestionamientos metodológicos que se les puede imputar a este tipo de estudios son: la puntuación arbitraria de cada síntoma, la utilización de términos confusos tales como "hormigueo" y "parestesia", y sobre todo, el error grave que supone sumar el puntaje de los síntomas, una maniobra estadísticamente incorrecta, si antes no se ha garantizado la independencia completa de ellos. Además en la investigación sobre la menopausia, existe el riego de que los estereotipos se hagan operativos cada vez que los sujetos de la investigación son conscientes del tema en cuestión.

Conclusión

A lo largo de la historia, la esperanza de vida de las mujeres se ha incrementado, pasando de 23 años en el imperio Romano a 43 a principios del siglo XX. Sin embargo ha sido durante el siglo XXI cuando se ha experimentado su mayor crecimiento hasta alcanzar los 83 años. Este hecho se pone de manifiesto en todos los países, dándose la circunstancia que de forma general las mujeres presentan una longevidad mayor a la de los hombres.

Esta mayor expectativa de vida ha aumentado las posibilidades de realización de proyectos, haciendo la etapa productiva de la mujer mucho más amplia. A pesar de ello, este aumento en la esperanza de vida, no sido tan paralelo a una mejora en su calidad de vida como cabría de esperar. La percepción de la salud, es decir la sensación subjetiva de bienestar y calidad de vida, es peor en las mujeres que en los hombres. También es clara la influencia de la edad, el nivel cultural y el estatus social en la percepción de la salud. Como indica Valls:

> "Pese a que la mujer vive un promedio de seis o siete años más que el hombre, padece mayor número de enfermedades crónicas e insidiosas que le provocan dolor y fatiga de forma constante, tiene una valoración social muy baja, sufre numerosas discriminaciones laborales y sus niveles de autoestima, agredidos a menudo desde la primera infancia, la hacen más proclive a padecer problemas de ansiedad y depresión" (Valls, 1999)

Por lo general, la situación de las mujeres es peor que la de los hombres. Para explicar esta situación es necesario observar junto a los factores biológicos ligados al sexo, los patrones de socialización, los roles familiares, las expectativas laborales y los tipos de ocupación, que son generadores de desigualdades de salud.

Las mujeres tienen formas específicas de enfermar que no suelen estar contempladas en la práctica clínica la cual, partiendo de una visión androcéntrica, deja de lado la problemática específica de la mujer. Una visión integradora que contemple todos los factores que influyen en la salud y que ayude a corregir en cualquier caso las desigualdades que se producen en razón de género, favorecerá actuaciones específicas que repercutirán directa e indirectamente de forma positiva en la calidad de vida de las mujeres.

La menopausia es una época de cambios en la vida de la mujer, en la que pueden manifestarse distintos problemas de salud. Tradicionalmente, estos

problemas han sido abordados bajo un enfoque intervencionista de tratamiento y curación. Sin embargo la mayoría de ellos pueden resolverse desde un abordaje preventivo. Las acciones para conseguir un mayor grado de salud no pueden centrarse de forma unívoca en el suministro de fármacos o acciones intervencionistas directas sobre el cuerpo. Cuando las mujeres se encuentran informadas sobre el origen, razones y circunstancias que rodean la menopausia, pueden tomar mejores decisiones de cómo vivir esta etapa. Dotar a las mujeres de conocimientos, actitudes vitales y habilidades para afrontar la relación con su cuerpo y su entorno influirá de manera positiva en su calidad de vida.

V. Experiencias de las mujeres entrevistadas

La comprensión subjetiva de las experiencias personales propias, incluyendo la experiencia afectiva, es un objetivo o terreno de la ideología de género. Cuando por ejemplo, una mujer manifiesta sentirse satisfecha sólo en la esfera doméstica, cuando la mujer siente repulsión por su propio cuerpo, o vive esforzándose por gustar a otros conforme los estereotipos de moda, sin duda están presentes las fuerzas estructurales que configuran los significados de los hechos. Sin embargo, las estructuras complejas constituyen, a su vez, subjetividades como un conjunto de prácticas habituales que crean disposiciones hacia determinados afectos e interpretaciones de la experiencia. Por ello, las experiencias subjetivas, o los propios relatos de las mujeres acerca de sus propias vidas y sus significados, no pueden aceptarse sin críticas, sin renunciar a nuestras capacidades para desafiar las ideologías de género enraizadas en esas estructuras.

En este sentido pienso que si la teoría feminista ha de ser útil en la consecución de una mayor autoridad para las mujeres, debe ofrecer un mejor análisis de la relación existente entre la razón, la teoría y la experiencia subjetiva del lenguaje corporal. En otras palabras es necesario que reconsideremos el papel que desempeña la experiencia corporal en el desarrollo del conocimiento del cuerpo de las mujeres, y los aportes que a partir de éste se pueden hacer a la teoría social.

En este apartado se exponen las experiencias narradas por las mujeres participantes en esta investigación, para su mejor comprensión se describe el perfil de cada una de las mujeres que colaboraron, para posteriormente pasar a los siguientes epígrafes: significado de la menopausia; cambios corporales experimentados con la menopausia; experiencia de las mujeres consultadas con el tratamiento hormonal sustitutivo; experiencia y práctica sexual de las mujeres

entrevistadas; envejecimiento y discriminación por edad; seguridad social y proyectos de superación personal.

Desde el inicio de la presente investigación, se planteó analizar los primeros cuatro epígrafes, los tres restantes, son preocupaciones reveladas por las mujeres consultadas en el proceso de investigación.

Al proponerme entrevistar a tres tipos distintos de mujeres (amas de casa, lesbianas y feministas) creí y esperaba encontrar diferencias profundas y significativas entre ellas. Aunque esto ciertamente aconteció en asuntos como: el significado de la menopausia, la experiencia con el tratamiento hormonal y proyectos de superación personal, me sorprendió la similitud y coincidencia en aspectos como los cambios corporales, experiencias sexuales y la sensación de envejecimiento que se encontró entre las mujeres participantes.

A pesar de que con las comparaciones se corre el riego de no considerar varios factores o dejar de lado ciertas particularidades, más adelante se presentan algunas tablas que permiten ver más gráficamente las diferencias o similitudes de las mujeres con respecto a determinados temas.

1. Perfil de las mujeres entrevistadas

Sobre el perfil de las seis mujeres entrevistadas se puede señalar que: lo común entre ellas es que son originarias de la ciudad de México; han crecido y se han desarrollado en el ámbito urbano; nacieron con cuerpo de mujer y todas han dejado de menstruar.

En la fecha de la primera entrevista (año 2003) contaban con edades entre los 45 y 54 años, es decir nacieron entre 1949 y 1958. Dato relevante para ubicar el contexto histórico en el que estas mujeres se desarrollaron (auge de la

planificación familiar, el amor y la unión libre, movimientos estudiantiles y feministas, entre otros)

Aunque ninguna de estas mujeres comparte la misma situación socio-económica, todas caen en el rango de clase media, ya sea alta o baja; algunas cuentan con algún empleo remunerado y otras no. Su estado civil, es también diferente: dos se encuentran casadas, dos son divorciadas y dos viven en unión libre. Cuatro son madres y dos optaron por no tener descendencia biológica.

Tampoco se identifican por su preferencia sexual, ideología o creencias religiosas. No obstante, todas atraviesan por la menopausia y a partir de esta etapa de su vida pueden tener rasgos comunes: cese de reproducción biológica, decremento de estrógenos, discriminación social por edad y el sentimiento de encontrarse en el preludio al envejecimiento. Sobre esta última condición cada una enfrenta de manera distinta ese hecho, algunas lo viven como un nuevo reto pero la mayoría considera que, más tarde o temprano, tendrán que enfrentar la discriminación por edad que en la sociedad mexicana prevalece.

A continuación se describen algunos datos particulares de cada una de las mujeres entrevistadas.

DATOS GENERALES DE MUJERES ENTREVISTADAS

Entrevista	Edad	Escolaridad	Estado civil	Núm. De Hij@s	Vive con
MÓNICA (ama de casa)	49	primaria	casada	2	Esposo hij@s
ADRIANA (ama de casa)	48	secundaria	unión libre	2	Esposo hij@s
CECILIA (lesbiana)	50	Licenciatura (abogada)	divorciada	2	sola
ANDREA (lesbiana)	54	Licenciatura (pedagoga)	unión libre	---	pareja
SOFÍA (feminista)	53	Licenciatura (psicóloga)	casada	2	Esposo hij@s
CLARA (feminista)	51	Licenciatura (socióloga)	divorciada	---	sola

Como se puede ver en este pequeño grupo se observa una multiplicidad de variables que pueden cruzarse e interpretarse de manera distinta.

DATOS ACERCA DE LAS MENSTRUACIONES EN LAS MUJERES ENTREVISTADAS

Entrevista	Edad de la primera menstruación	Edad de la última menstruación
MÓNICA (ama de casa)	11 años	46 años
ADRIANA (ama de casa)	12 años	47 años
CECILIA (lesbiana)	11 años	48 años
ANDREA (lesbiana)	12 años	50 años
SOFÍA (feminista)	13 años	49 años
CLARA (feminista)	12 años	48 años

Con los datos de la anterior tabla se confirma los promedios de edad de las mujeres mexicanas, la menstruación (12 años) y menopausia (48 años).

Mónica (ama de casa)

Mónica tiene 49 años de edad. Estudió solamente la primaria (la cual concluyó en los cursos del Instituto Nacional de Educación para Adultos) Trabajó como empleada a partir de los 12 años hasta que se casó a los 33 años.

Se encuentra casada desde hace 16 años con un hombre que trabaja en hotelería. Mónica se ocupa del trabajo doméstico en su hogar y ocasionalmente realiza algunas ventas de manera informal.

Aunque tuvo varios embarazos, sólo tuvo dos hijos: una joven de 15 años que nació cuando Mónica tenía la edad de 34 años y el segundo hijo, un varón de 10 años, que lo tuvo a la edad de 39 años. No le preocupa el cese de su etapa reproductiva, pero sí entrar a un proceso de envejecimiento y deterioro de su salud.

Mónica sufrió abuso sexual de su padrastro con el consentimiento de su madre, hecho que ha marcado su vida sexual desde los 9 años.

Mónica es una mujer de estatura mediana, tez morena clara, aunque su pelo rizado está teñido se dejan entrever algunas canas.

Sus ojos son redondos de color café oscuro, cejas depiladas y mirada esquiva. Su cara también es redonda; boca chica y de fácil sonrisa. No usa maquillaje ni pintura en el rostro.

Su cuerpo es robusto. Ella dice que tiene un sobre peso de más de 20 kilos, los cuales no se le ven mal. Reconoce que no realiza ningún ejercicio ni dieta para modificar su peso y talla. La columna muestra cierta inclinación hacia delante; su espalda y su cadera son amplias; sus piernas son cortas y sus pies anchos.

Sus manos muestran el arduo trabajo doméstico que día a día lleva a cabo. Sus uñas son cortas pero anchas.

Trasmite ser una mujer muy tolerante, dispuesta a escuchar a los demás y ofrece con amabilidad lo que tiene.

Para ella su familia es lo más importante; la atención y el apoyo a sus hijos es sumamente trascendente. Mónica dedica todo el tiempo al cuidado de los otros: sus hijos, su esposo, su madre, la abuela o la asistencia a cualquier otro miembro de la familia extensa que la requiera.

Su vida gira alrededor de su hogar, no cuenta con tiempo libre para ella ni acude a ningún centro social o recreativo, sólo de vez en cuando va a tomar un café con otras madres de la escuela a donde acuden sus hijos.

Por otro lado, cuando requiere algún servicio de salud va a los centros de atención o beneficencia pública. No asiste con regularidad a ningún servicio médico preventivo y sólo acude al médico cuando se encuentra grave por algún malestar que le aqueja o que le impide realizar sus labores.

Tanto la menstruación como la menopausia le aconteció de manera prematura (a los 11 y 40 años, respectivamente) Aunque al inicio de su menopausia tomó hormonas, dejó su tratamiento y actualmente no tiene ningún seguimiento médico. A pesar de ello Mónica expresa buen estado de ánimo.

Por lo que Mónica expresa, su cuerpo es algo olvidado que sólo ha servido para el trabajo y para el apoyo de otros. Cabe señalar que, el abuso sexual del que fue objeto por parte de su padrastro cuando ella era niña, le ha marcado en su autoestima de forma negativa, sobre todo en su vínculo con otras personas, particularmente con quienes han sido su pareja.

La relación con su esposo es básicamente para atender asuntos que tienen que ver con los hijos. Con más de 16 años de casados la relación se ha sustentado en los roles tradicionales: su esposo al trabajo y ella en el hogar. Así, a lo largo de los años y con el nacimiento de los hijos, su esposo se va al trabajo y ella se ha quedado sólo en el ámbito doméstico.

A Mónica le cuesta tomar decisiones, prefiere que otros las tomen o que los acontecimientos sucedan. Así acontece con su relación sexual, por ejemplo, pues ella manifiesta no tomar decisiones en este y otros ámbitos. Su vida sexual y reproductiva ha estado llena de atropellos: abuso sexual, abortos, embarazos de alto riesgo, y cada uno de estos acontecimientos le ha ido dejando huella, tanto física como psicológica.

A pesar de que no deja de trabajar durante todo el día, Mónica considera que el no haber estudiado más que la primaria, es un hecho que la ha limitado en su desarrollo personal y la ha marginado para poder emprender actividades que le permitan obtener un ingreso económico propio.

Adriana (ama de casa)

Adriana tiene 48 años, realizó estudios de secundaria y se ocupa del trabajo doméstico en su hogar.

Vive en unión libre desde hace 23 años con un hombre que trabaja como agente de ventas.

A lo largo de su vida reproductiva tuvo siete embarazos aunque sólo parió a dos hijos: un varón de 24 años y una mujer 19 años. Su primer hijo lo tuvo a los 24 años y la segunda a los 29 años.

A partir del inicio de su menopausia ha sentido cierta ambigüedad ante el cese reproductivo de su cuerpo. Aunque su situación económica no le permitió tener más hijos, ahora que ha experimentado la menopausia, manifiesta que le hubiera gustado tener más de dos hijos.

Por otro lado, tiene muchas inquietudes y deseos de desarrollo personal ahora que sus hijos son mayores de edad.

Adriana es alta de piel blanca, su pelo es quebrado y de color castaño oscuro, sus ojos son pequeños, sus cejas son abundantes y su mirada es clara y directa. Sus labios son delgados y por ellos asoman uno dientes perfectamente delineados y pulcros. No usa ningún tipo de maquillaje en el rostro pero pinta suavemente sus labios.

El cuerpo de Adriana es de complexión delgada, pero ella dice que desde los treinta años ha subido mucho de peso. Le gusta hacer ejercicio aunque no cuenta con tiempo y recursos para acudir a algún lugar, por lo que de vez en cuando sale a caminar. La columna está bien alineada y se sienta en forma recta. Su espalda es más ancha que su cadera.

Sus manos son grandes y los dedos delgados, sus uñas son cortas y no usa barniz en ellas. Sus piernas son largas y sus pies son pequeños.

Transmite una confianza en sí misma y mucha tranquilidad, ella dice que las carreras no dejan nada bueno.

Adriana habla con nostalgia de su pasado, como si todo tiempo pasado hubiera sido mejor: los ex novios, los embarazos no logrados, la ausencia de sus menstruaciones.

Aunque las labores domésticas le ocupan gran parte del día, ahora que sus hijos están grandes, se hace un espacio para caminar por las mañanas o para encontrarse con sus amigos.

A lo largo de la entrevista dejó vislumbrar que su vida sexual ha sido satisfactoria, pues guarda recuerdos agradables tanto de su pareja actual como de sus relaciones pasadas, incluyendo la primera vez que tuvo relaciones sexuales. Esta práctica satisfactoria le ha permitido acumular experiencia a lo largo de los años, así que la menopausia no le ha afectado en ese sentido. Sin embargo, Adriana tiene cierta nostalgia por el cese de su menstruación. Recuerda con cierta melancolía que antes de su menopausia tuvo dos embarazos que inexplicablemente no pudo lograr, lo cual le provoca tristeza. No deja de pensar que fueron sus dos últimas oportunidades para volver a ser madre. Después de esos dos últimos embarazos ella manifiesta sentirse "menos mujer".

La relación con su pareja es buena, se tienen confianza y pueden abordar temas diversos como el retiro de su menstruación o la posible iniciación sexual de sus dos jóvenes hijos. También conversan acerca de los riesgos del SIDA. Adriana, sin embargo, se queja de que el marido siempre se la vive en el trabajo o viajando. Ahora que sus hijos son mayores de edad, desearía estar más con su pareja pero él no puede porque su trabajo se lo impide.

Adriana no lamenta haber formado un hogar, aunque reconoce que es sumamente esclavizante el ser ama de casa. No obstante, el amor que le tiene a su familia es superior a la atención y cansancio que conlleva la demanda del esposo, los hijos y el trabajo doméstico.

Adriana es una mujer a quien se le facilita hacer amistades. Cuenta con varios amigos y amigas tanto de la actualidad como de antaño. Habla con vecinos y con la gente que presta algún servicio en su barrio. Es una mujer amable y respetada en su localidad.

Le interesa la política tan sólo por curiosidad y por lo que a la economía de su hogar le puede repercutir. Admira a las mujeres que hacen política pero dice no tener tiempo para incorporarse a esa actividad. En la actualidad se conforma con escuchar las noticias radiofónicas y ver con su familia los noticieros de la noche.

Tiene inquietudes por seguir estudiando y cursar su bachillerato en el sistema abierto, aunque sus hijos lo duden y ella lo ve como algo deseable pero lejano. A su esposo parece no interesarle este asunto.

Cecilia (lesbiana)

Cecilia tiene 50 años, es abogada. Tiene dos hijos varones, uno casado y padre de una niña y un niño; el otro hijo de Cecilia vive en pareja. Cecilia es

lesbiana; vive sola; actualmente no tiene pareja. Práctica yoga desde hace tres años.

Cecilia es una mujer de baja estatura, piel morena clara, rostro redondo, con ojos color café y cejas expresivas. Su pelo corto es castaño y en su cabeza asoman algunas canas. En su rostro se muestran algunas líneas de expresión que señalan el uso continuo de la frente para acompañar su locución. Sus lentes no ocultan los grandes ojos que Cecilia tiene.

Su cuerpo pequeño muestra agilidad y flexibilidad en sus movimientos. Su espalda, cadera y brazos son simétricos. Las manos de Cecilia, también son muy expresivas y muestran unas uñas cortas, pulcras y con un barniz transparente.

Cecilia transmite mucha seguridad y firmeza al hablar. De igual modo, muestra firmeza y autosuficiencia en sus expresiones.

Aunque no cesa de realizar actividades, se procura una vida tranquila y agradable. A sus 50 años considera que se encuentra en una etapa de búsqueda de nuevos proyectos o de consolidar lo aprendido.

Cecilia piensa que aunque no cuenta con la belleza culturalmente aceptada, tiene una belleza interior que vale más. A ella no le gustan los artificios, razón por la cual, dice, no se tiñe el pelo ni usa lentes de contacto.

Se valora fértil en varios campos por lo que no le interesa dejar de serlo en el ámbito biológico. Cecilia reconoce que desde siempre le gustaban las mujeres pero que tuvo muchas ataduras y prejuicios. En su juventud se casó, tuvo dos hijos y posteriormente se asumió como lesbiana. Ahora tiene dos nietos y se considera una abuela muy diferente a las que siguen un rol tradicional.

En el entorno familiar y laboral, todos conocen su preferencia sexual, situación que ella aprecia porque le permite vivir sin tapujos. Actualmente no tiene

pareja y aunque no es algo que le preocupa sí es algo que desearía. Cecilia considera que a sus 50 años su sexualidad ha cambiado, aunque no considera que eso sea la causa de no tener pareja desde hace más de cuatro años.

Por ser una mujer independiente, autosuficiente y libre de prejuicios, ella se considera a sí misma como un modelo a seguir por familiares y otras mujeres que la rodean. Sin embargo, acepta que la inseguridad social y laboral es una realidad de la que nadie escapa.

El mayor de sus temores es la decadencia física y la decrepitud, contra las cuales se mantiene alerta por medio del yoga y la homeopatía.

Andrea (lesbiana)

Andrea tiene 54 años, es pedagoga y trabaja en la Secretaría de Educación Pública. Adriana es lesbiana y desde hace cuatro años vive con Lorena, de 39 años, y con Marina, hija de Lorena.

Andrea es una mujer muy alta, de piel morena, con el pelo corto y perfectamente teñido. Su rostro es alargado, tiene ojos pequeños de mirada triste y de color café. No usa ningún tipo de pintura en la cara y aunque su mirada es triste, sus labios delgados mantienen una suave sonrisa.

Su cuerpo es delgado, su espalda estrecha y su cadera ancha. Sus brazos y piernas son largos y finos. Su cuerpo no es muy flexible pero lo mantiene rectilíneo. Sus manos son grandes, sus uñas son cortas y sin pintura alguna.

Andrea transmite ser una persona tímida y discreta. Estudió en un colegio de monjas hasta que ingresó a la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Para ella este cambio fue crucial, durante esta etapa se incorporó al movimiento feminista.

La relación sexual siempre la ha visto como algo vinculado no sólo al apetito sexual, sino como algo vinculado también al afecto y a otras situaciones como la confianza, la empatía y el proyecto de vida. Actualmente siente que se encuentra en total plenitud con su pareja, con quien vive desde hace más de cuatro años.

Durante su fase reproductiva, Andrea pensó en ser madre pero por diversas circunstancias su deseo no fue concretado. Ahora la relación que mantiene con la hija de su pareja, le ha permitido concretar tal expectativa. Andrea también es la madrina del nieto de su pareja. Su familia extensa (la de ella y la de su pareja) le solicitan determinadas tareas y roles que cubren la maternidad biológica que no tuvo. Ella siempre se encuentra gustosa de apoyar en diversas tareas y siempre se encuentra rodeada de amigas o familiares con los que ella comparte su casa.

Ella se considera una persona muy autoexigente, sin embargo, ahora ha tratado de bajar esa actitud y ser consigo misma más tolerante. Dice haberse vuelto también más intuitiva, más sensible, escucha música y se permite llorar. Cuando su juventud, en el movimiento feminista, eso ella no se lo permitia. La creencia de que se tenía que cambiar la realidad y de que era algo que no se podía esperar, la llevó a desempeñar un trabajo intenso y sin límites. Actualmente tiene el proyecto personal de escribir cuentos.

En lo personal la menopausia no le preocupa, aunque le llama la atención la frecuencia y la manera tan generalizada de recurrir a las hormonas y a la medicalización del tema. Después de la menopausia, Andrea observó algunos cambios físicos como el cansancio, cierta flacidez facial, la papadita, las canas. Sin embargo, dichos cambios no los vive como problemas sino como consecuencias de no haber atendido su cuerpo en la juventud. En la actualidad Andrea se trata los desajustes en la salud por medio de la homeopatía.

Andrea expresa que más que la menopausia le preocupa la falta de seguridad laboral y social. Tiene miedo a la pobreza, la falta de oportunidades y la marginalidad. No obstante, siente la convicción de que tal situación se puede superar manteniendo los lazos de solidaridad y afecto evitando, en la medida de lo posible, la soledad.

Sofía (feminista)

Sofía tiene 53 años, es psicóloga y feminista. Sofía se encuentra casada con un psicólogo, tienen dos hijas; una de veinte y otra de veintidós años.

Sofía es una mujer de baja estatura, tez apiñonada, ojos pequeños de color café claro, su pelo es castaño claro teñido con luces amarillas. En su rostro lleva una ligera capa de maquillaje, que combina con la pintura de sus ojos y boca.

Su cuerpo es pequeño, su espalda ligeramente más amplia que su cadera. Mantiene una postura erguida que muestra la disciplina del ejercicio que ella hace. Sus pies son pequeños y sus manos tienen uñas largas, pulcras y perfectamente pintadas.

Sofía muestra ser una mujer segura y muy firme. Su profesión como psicóloga la mantiene siempre ocupada, coordina también grupos de mujeres con quienes trabaja el tema de la autoestima.

Por su propio proceso vital y por la labor que desempeña, es una mujer que maneja mucha información acerca del cuerpo femenino, la menopausia y el climaterio, entre otros.

Después de pasar por algunos malestares relacionados con la menopausia, Sofía considera conocer ahora mejor su cuerpo. Ella se opone a la medicalización

y al tratamiento hormonal que se aplica en las mujeres. Aunque tiene mucho trabajo, se da tiempo para hacer ejercicios de gimnasia y cuida, bajo un régimen naturista, su salud y sobre todo lo que come.

Sofía confiesa que ella efectúa el mayor aporte económico a su hogar pero procura una relación equitativa con su esposo, que también es psicólogo y con quien lleva más de 25 años de casada. Ella expresa que tiene una gran compatibilidad con su esposo con quien no sólo comparte profesión, ideas y vida cotidiana, sino también una buena relación sexual. Su esposo también ha sufrido trastornos por la andropausia como falta de erección y disminución de la memoria. Sin embargo, ambos han podido hablar y enfrentar esta situación pero sobre todo, tratan de superar los problemas que acarrea la rutina que impone los ritmos del trabajo profesional y el vivir en una ciudad como la de México.

Sofía considera que las mujeres maduras tienen ventajas sobre las jóvenes en aspectos como la sexualidad, que acompañada de comunicación y confianza en su propia pareja da excelentes resultados. La menopausia para Sofía es como el comienzo de la segunda mitad de la vida que promete nuevas experiencias. Para esta mujer cada etapa de la vida tiene su lado bello por lo que no ve la edad madura como algo negativo. Considera que las mujeres deben liberarse de los prejuicios y los mitos que se aprenden desde la niñez.

Sofía ahora se ha planteado nuevos proyectos personales, como estudiar historia del arte y correr por lo menos tres veces a la semana.

Clara (feminista)

Clara tiene 51años, es socióloga, feminista y militante política. Es divorciada y no tuvo hij@s. Actualmente vive sola.

Clara tiene estatura baja, piel morena, pelo corto teñido de color café. Su cara es redonda y sus ojos son grandes. Maquilla ligeramente su rostro y usa lápiz labial.

Su cuerpo es pequeño y su estructura es amplia: espalda, caderas y piernas tienen una cierta redondez. Hace ejercicio de manera frecuente y los resultados se ven reflejados en un cuerpo firme. Sus manos irradian un cuidado y una atención exhaustiva.

Clara refleja ser una mujer muy dinámica, que no para en sus actividades ni compromisos. Es una socióloga que se ha dedicado a la militancia política con la convicción propia de tener un proyecto alternativo de izquierda, el cual incluya a las mujeres y sus derechos. Sus compromisos políticos y laborales le implican jornadas muy largas que le ocupan sábados y domingos. Reconoce la falta de tiempos para sí misma y el costo personal que tiene que pagar para mantener un lugar en la vida política. Sin embargo, considera que las mujeres no deben ser sólo amas de casa porque tal situación las anula.

Clara decidió optar por la participación política y no tener hijos porque la maternidad era una responsabilidad que no podía asumir dada la intensa actividad que le implicaba la política de su partido. Cuando ella era joven se casó para proporcionarles gusto a sus padres, posteriormente se divorció. Aunque se ha enamorado varias veces, considera que el amor tiene un tiempo muy corto. Clara ha optado por no tener hijos ni marido porque considera que su realización profesional es lo más importante. Aunque en ocasiones su soledad le provoca cierto coraje, reconoce que no quiere cualquier compañía y que no desea la tutoría de ningún hombre. A pesar de haber tenido varios intentos de pareja, Clara considera que se encuentra sola porque los hombres le huyen. Ella supone que tal situación obedece a que ella es una mujer muy dominante, poco tolerante e inteligente. Clara ha vivido con algunos hombres pero la relación dura poco porque

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACIÓN
ARCHIVO HISTÓRICO

ella dice que no puede compartir el mismo espacio con alguien que no comparte el trabajo de la casa, y que hoy, por más modernos que digan ser, los hombres siguen manteniendo la firme convicción de que las mujeres debemos lavar los platos.

Con el correr de los años Clara reconoce que la relación con su cuerpo es algo fundamental y que desde la niñez se le orientó a que el cuerpo de la mujer es para otros: el esposo, los hijos, los familiares enfermos, los amantes. Ahora ella puede poner más límites y ser más acertiva. En cuanto a su sexualidad, por ejemplo, ella elige y decide con quién. Clara cuenta con otras amigas con quienes explora el mercado sexual de los hombres y lo que ahí se oferta. Su ideal de hombre ha ido cambiando y aunque le gusten los hombres físicamente atractivos, le otorga un valor a aquellos con los que puede dialogar o compartir ideas más que la cama.

A pesar de sus agotadoras jornadas, con el arribo de la menopausia sentía que no podía controlar los calores, los sudores y el insomnio. Para Clara la menopausia es símbolo de vejez, le preocupa la pérdida de memoria y los cambios físicos. Ante los malestares orgánicos que le provocó la menopausia, Clara optó por el tratamiento de sustitución hormonal desde hace más de tres años. Previamente hizo las investigaciones pertinentes para ver si éste tipo de tratamiento era para ella su mejor opción. Dada su ardua actividad, Clara le tiene pavor a la osteoporosis, pues considera que cualquier problema de este tipo le arruinaría la vida, razón por la cual también consideró conveniente el tratamiento de sustitución hormonal.

2. El significado que le dan a la menopausia

El significado que las mujeres le dan a la menopausia no es unívoco sino diverso, pues obedece más a su historia de vida, los hábitos adquiridos en relación

a su cuerpo, su reproducción biológica, y a su trayectoria familiar, entre otros factores. Visto desde el enfoque construccionista, la menopausia es un proceso que las mujeres viven de forma diferencial pero que sin duda se encuentra estrechamente relacionada con el significado histórico-social del cuerpo.

Para Mónica, ama de casa, que tiene dos hijos y que durante su etapa reproductiva tuvo varios abortos, la menopausia significa no tener más hijos; y no es que ella quiera otro embarazo, sino que la menopausia le significa cancelar esa posibilidad. Ella lo expresa de la siguiente manera:

> "... menopausia es cuando la mujer deja de reglar y **ya no se puede** tener hijos..." (Mónica, ama de casa)

Además de vincular la menopausia con la vida reproductiva, para Mónica el no reglar significa la comodidad de no estar rosada o de oler mal:

> "Dejar de reglar para mí es cómodo porque me rozaba mucho cuando sangraba y tenía que usar toallas, también como que sudaba más y sentía que olía feo." (Mónica, ama de casa)

La otra ama de casa del grupo, Adriana, aunque tampoco desea tener más hijos, extraña la menstruación, porque reglar para ella es una parte fundamental de su ser mujer.

> "...Algo estaba pasando en mí, y en esos momentos en que estaba en el ultrasonido y que me decían que sí había habido embarazo pero que con el sangrado ya no era posible que siguiera, sí **me llegue a sentir menos mujer**" "...Cuando se le retira a uno la regla, cuando pasan los meses y luego ha pasado más de un año, sí extraño no reglar..." (Adriana, ama de casa)

De este modo, vemos que para las dos amas de casa, la menopausia es un hecho que está asociado principalmente a la reproducción biológica. Aunque ni Mónica ni Adriana quieren tener más hij@s, la menopausia les impone reflexionar

acerca de su fertilidad y su ser mujer a través de la reproducción humana. Ambas mujeres desconocen que ahora, los avances en reproducción asistida permiten a las mujeres tener hijos antes y después de la menopausia. Sin embargo esos asuntos no son de su incumbencia, más bien recordemos que en la sociedad mexicana se tiene la expectativa de que las amas de casa no sólo se ocupan del hogar, sino que es una tarea vinculada también a la maternidad. Incluso en el marco del machismo mexicano, si una mujer no pude o deja "dar hijos", él tiene el "derecho" de buscarse otra mujer. La capacidad de parir que tienen las mujeres es una de las características biológicas fundamentales en la construcción del género femenino. La idea de que "naturaleza es destino" deriva en una ecuación compleja: mujer igual a madre, tesis que ha sido cuestionada por la crítica feminista.

Otra situación distinta es planteada por Cecilia, una de las mujeres lesbianas entrevistada, quien tuvo dos hijos varones durante su etapa reproductiva. A ella no le afecta el no ser ahora biológicamente fértil, pues considera que la fertilidad de la mujer radica en muchos otros aspectos. Cecilia es una mujer disciplinada con su cuerpo, práctica yoga, cuida su dieta y aunque para ella menopausia es una palabra que suena feo, cuando le aconteció no padeció molestia alguna. Cecilia considera que la menopausia es un hecho natural en la vida de la mujer.

> "Me gustó decirle adiós del todo. Yo tengo claro que lo natural no puede hacerme ningún daño. Además, la propia menopausia es un **hecho natural**... Durante la época en que menstruaba, yo decía qué horrible esta descripción de la menopausia con los sofocones, la depresión...Y después resultó que no me pasó nada de eso...Pero igual es una **palabra fea**, "menopausia", a mí me suena horrible." (Cecilia, lesbiana)

Para Andrea, otra mujer lesbiana, la menopausia es una etapa para definir, sistematizar, y profundizar en las experiencias de vida. Ella tampoco tuvo molestias por lo que considera que la menopausia es tan sólo un mito.

"Para mí la menopausia es una **etapa de definiciones**. Siento que he capitalizado bastante todo lo que viví, leí, aprendí, escuché, compartí...ni me molestó menstruar ni me molesta la menopausia. Me parece importante romper con tanto **mito** que hay con este tema, tantos miedos..." (Andrea, lesbiana).

En el discurso de estas mujeres lesbianas la menopausia no está vinculada a la reproducción humana, sino al proceso biológico del ciclo vital de la mujer o a los mitos que la sociedad crea entorno a este proceso corporal.

Por otro lado, en las mujeres feministas participantes en este estudio existen experiencias y concepciones diferentes en torno a la menopausia. Ambas hablan de los procesos corporales pero de manera diferente. Mientras que para Clara menopausia significa pérdida de control corporal y de memoria. Sofía es más optimista y ve la menopausia como un cambio paulatino al que habrá que irse adecuando.

Sofía considera la menopausia como la segunda mitad de su vida donde la experiencia y la autonomía conquistadas le ayudan a llevar a cabo los nuevos proyectos deseados. Si bien expresa que la menopausia es una etapa de dolor y cambios físicos, reconoce que las mujeres de ahora son más activas y saben aprovechar más su sabiduría y experiencia.

"...la menopausia sí es una **etapa de dolor** en la que una paulatinamente se adecua a los cambios y a una **nueva etapa** de la vida." (Sofía, feminista)

Para Clara en tanto, la menopausia ha significado: dolores, sudores, insomnio, pérdida de memoria. Para ella la menopausia ha sido una etapa deprimente y dolorosa.

"Para mí la menopausia significa **pérdida del control** de mi cuerpo. Dolores, sudores. Y esta inquietud sorda. No la tolero... La menopausia es como si te **jubilaran**. Pero sobre todas las cosas, la pérdida de memoria es mi punto débil. **Me deprime**, me hace sentir **senil**." (Clara, feminista)

Clara es una feminista por lo que es extraño escuchar expresiones como las arriba señaladas. Sin embargo, esto demuestra que aunque ella es una mujer militante y políticamente comprometida, las molestias corporales que ha padecido por el arribo de la menopausia le hacen hablar desde un discurso poco congruente con el feminismo. Las expresiones como "jubilada" o "senil" son poco usadas por las feministas quienes han asumido el reto de relacionarse con su cuerpo de una manera distinta a los roles tradicionales asignados a las mujeres en esta sociedad.

Como se puede observar el significado de la menopausia es distinto en cada una de las mujeres que participaron en esta investigación, sin embargo se podría señalar que existen dos grandes líneas: una vinculada a la cancelación de la reproducción humana y otra vinculada a un proceso de cambio corporal, asumiendo éste último como un desafío a enfrentar en la segunda fase de la vida adulta.

El SIGNIFICADO QUE LE DAN A LA MENOPAUSIA

AMAS DE CASA	LESBIANAS	FEMINISTAS
"...menopausia es cuando la mujer deja de reglar y ya no se puede tener hijos..." (Mónica) "...así se llama cuando uno deja de reglar...sí extraño no reglar...Uno nunca está conforme" (Adriana)	"...la propia menopausia es un hecho natural. Pero igual es una palabra fea, "menopausia", a mí me suena horrible" (Cecilia) "Para mí la menopausia es una etapa de definiciones. Siento que he capitalizado bastante todo lo que viví, leí, aprendí, escuché, compartí. Ahora estoy profundizando en mí, en mis raíces." (Andrea)	"...la menopausia sí es una etapa de dolor en la que una paulatinamente se adecua a los cambios y a una nueva etapa de la vida." (Sofía) "Para mí la menopausia significa pérdida del control de mi cuerpo, dolores, sudores. Y esta inquietud sorda. No la tolero...La menopausia para mí es como si te jubilaran. Pero sobre todas las cosas, la pérdida de memoria es mi punto débil. Me deprime, me hace sentir senil..." (Clara)

Para Mankowitz la menopausia ha sido y es prácticamente un no-acontecimiento en todas las sociedades. Y se pregunta ¿por qué no se registra en ningún lugar la existencia de ritos de paso destinados a marcar el momento de la menopausia, como los hay para otros acontecimientos cruciales como el nacimiento, la pubertad, el matrimonio, el alumbramiento o la muerte? (Mankowitz, 1984)

De acuerdo con Mankowitz, un rito de paso cumple la función de señalar como significativo un cambio crucial en la vida del individuo; la menopausia por el contrario, sólo afecta a cada mujer concreta; tanto su nacimiento como su muerte son conmemorados por otras personas; su entrada en la pubertad, su matrimonio

y su alumbramiento están asociados todos al ejercicio de su función social. La menopausia en cambio marca el aislamiento de la mujer de ese contexto social y por ello se la ignora. Puede que la invisibilidad de la menopausia también obedezca a que en una cultura como la mexicana, en donde las mujeres se ven obligadas a maximizar sus oportunidades reproductivas, la menopausia de la esposa puede dar pie a que el marido busque una pareja más joven.

Por su parte, Germaine Greer (1991), sostiene que aunque la jerarquía masculina desconozca o ignore los ritos de las mujeres, es posible que aquéllas hayan desarrollado sus propias formas de señalar su nuevo estatus y su aceptación del mismo, rituales que podrían haber pasado inadvertidos para los antropólogos. Basta mirar a nuestro alrededor, dice la escritora, para descubrir indicios de celebraciones menos arcanas e indescifrables. Puesto que en ellos no interviene la casta sacerdotal masculina y no fomentan el consumo, estos rituales suelen gozar de escasa popularidad e incluso se tachan de subversivos, retrógrados o supersticiosos. Greer señala que, una visible alteración de la apariencia externa que a menudo escogen las mujeres para señalar un cambio interno, es modificar la manera de arreglarse el pelo.

Sin embargo, en el mundo desarrollado (Canadá, Francia, Inglaterra) se da más importancia a la jubilación del trabajo remunerado que a la menopausia. Recibir por ejemplo, el pase de pensionista para el uso del transporte público, es un indicador mucho más significativo de un cambio de estatus que cualquiera de los posibles símbolos de que se dispone para señalar el cese de la ovulación. De este modo, el Estado y la empresa se han erigido en árbitros de los acontecimientos que marcan hitos en la vida de los miembros de su sociedad y se encargan de distribuir los distintivos que consideran apropiados.

Para las mujeres entrevistadas que justifican su existencia en razón de la cantidad de atención masculina que logran atraer, la menopausia puede constituir

una expiración en vida, pero para aquellas que cuentan con mayor diversidad de vínculos y alternativas de desarrollo, no constituye ningún tipo de amenaza. La menopausia puede traer consigo varios cambios pero si junto a estos la mujer pudiera señalar también algunas primacías: jerarquía familiar, privilegios sociales, respeto o intimidad, sería un hecho mejor aceptado. Estas prerrogativas requerirían de símbolos externos que expresen, la manera de dirigirse a ella, en mayores y mejores oportunidades y en la actitud de las demás personas. Sin embargo la menopausia no lleva adscrita ninguna señal de este tipo por lo que parte de la dificultad de las mujeres para afrontar la menopausia, estriba en que hasta ahora, ninguna señal exterior marca el tránsito de una etapa a otra; más aún, se espera que las mujeres finjan que no ocurre nada. Este hecho es el mismo tipo de contradicciones que toda la vida han abrumado a las mujeres. Descentrar el significado peyorativo de la menopausia debe ser una tarea del feminismo, pues como señala María Jesús Izquierdo:

> "La lucha por la libración de la mujer ha de ser una lucha responsable, o no nos traerá la libertad. Responsable en el sentido de reconocer nuestra participación en la construcción del orden actualmente existente. Por más que el orden social sea opresor para nuestras aspiraciones, no es una obra ajena a nosotras, sino que por el contrario hemos participado en la construcción de nuestras cadenas sin que por eso seamos responsables de ello. Si no hubiéramos participado en la construcción de la realidad social, dudosamente podríamos participar en su transformación" (Izquierdo, 1993)

3. Cambios corporales experimentados con la menopausia

Actualmente presenciamos la globalización de una estética corporal que propone la uniformidad de los usos del cuerpo, modas, poses que difunde un cuerpo eternamente joven de clase media y alta. Asimismo, se propaga la idea sobre el eterno presente, aún a costa de cirugías, dietas y consumos lesivos para la salud. El fanatismo por lo juvenil se acompaña de la frivolidad sexual, la exaltación de las famas y el menosprecio de lo diferente.

Este relato se extiende a través de diversos medios de comunicación en donde se difunde el cuerpo gimnástico, elástico, fresco, cuerpos para mostrar, cuerpos provocadores. Cuerpos sometidos a las nuevas tecnologías que penetran en su materialidad, los moldean y los disciplinan. Con el estímulo del mercado de los cuerpos (cosméticas, cirugías y farmacéuticas) que proponen todo tipo de intervenciones que con frecuencia constituyen un riesgo para la vida y la salud, alientan el sueño de la belleza y la juventud. El cuerpo como sustrato de la subjetividad, constituye una aspiración de millones de mujeres que ven en esta propuesta la realización y la percepción de sí mismas como sujetos y la ganancia del reconocimiento del otro como sujeto de deseo, parte innegable de la construcción de la identidad. El cuerpo en si, se reconvierte en un escenario de tensiones, de continuidades y discontinuidades.

La quimera de un cuerpo eternamente joven nos hace olvidar que esta carne es el espacio de la incertidumbre, el recinto de la mortalidad, que nos recuerda de manera permanente nuestra finitud. Esta estética globalizada es impulsada por las trasnacionales cosméticas, la industria farmacéutica y profesionales de la escultura corporal, las trasnacionales de la belleza sustentadas en una globalización de valores afines.

Bajo este contexto, la sociología médica nos orienta acerca de la creciente tendencia de la medicina moderna a convertirse en un paradigma dominante, como en otras épocas lo fueron la religión y el derecho. Desde este punto de vista existe un proceso de medicalización que ha atravesado la vida cotidiana, de tal manera que la medicina se ha transformado en el principal referente cultural, ideológico y cognoscitivo que los individuos utilizan para interpretar sus circunstancias. La tesis de la medicalización se relaciona con la noción de la construcción de la realidad, esto significa que el conocimiento médico es construido y re-construido socialmente, a modo de facilitar su expansión sobre todas las áreas de la vida cotidiana (Castro, 2000)

El feminismo retoma la tesis de la medicalización argumentando que el discurso médico no es un medio de dominación neutral, sino que se encuentra dirigido bajo una ideología de género que nutre y da forma tanto a los objetos de estudio, como a la manera en que la población interpreta y experimenta los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad. Dora Cardaci y Lourdes Álvarez con precisión puntualizan:

> La medicina se sitúa entre la biología y la política, entre el "misterioso" mundo del laboratorio y la vida cotidiana. Es la disciplina encargada de hacer la interpretación pública de los hechos biológicos, la que administra los frutos médicos de los avances científicos. La biología descubre las hormonas: los médicos son los encargados de enunciar que los "desequilibrios hormonales" hacen de la mujer un sujeto incapaz de desempeñar labores públicas. En términos generales, puede afirmarse que la biología se encarga de rastrear los orígenes de la enfermedad, mientras que los médicos deciden quién está enfermo y quién no lo está. (Cardaci y Álvarez, 1980, p.33)

Martin por su parte, muestra cómo las referencias aparentemente científicas y objetivas acerca de la menopausia, contienen en realidad muchas metáforas ideológicas que reproducen una visión masculina del mundo, del cuerpo, de las funciones y los órganos reproductores femeninos. Por ejemplo, el cuerpo femenino es descrito como un sistema burocrático organizado jerárquicamente, lo cual tiene implicaciones directas en la forma en que diversas funciones son percibidas. De este modo, la menopausia es entendida como una falla general del sistema central, a consecuencia de la cual los ovarios "dejan de responder" y el hipotálamo comienza a "dar órdenes inapropiadas (Martin, 1990)

Si bien la menopausia trae consigo cambios corporales que se manifiestan de manera diferente en cada una de las mujeres. Esos cambios obedecen no sólo a procesos hormonales, sino a la historia de salud, factores psico-sociales, familiares e incluso económicos por los que las mujeres atraviesan.

Algunas mujeres entrevistadas declaran sentir menos energía, problemas de salud o simplemente los cambios físicos que el espejo les refleja, pero ya sean amas de casa, lesbianas o feministas, los cambios corporales se presentan con mayor o menor intensidad dependiendo del caso específico de cada una de ellas. El aumento de peso en todas las mujeres consultadas, les da una sensación de incomodidad, lentitud y pesadez, así como un sentimiento de no gustarse físicamente y de no poder controlar su cuerpo.

Con la menopausia, Adriana, ama de casa, siente que la energía le cambió en el sentido de que ella era "supertrabajadora". Este cambio de energía le hace sentir su cuerpo extraño, ajeno. Ha aumentado de peso y se le han presentado sudores que la molestan y angustian.

Con Mónica la menopausia se ha dejado sentir fuerte: ha aumentado más de 20 kilos de peso, su piel se ha resecado, ha sentido severos calores, dolores de piernas y los dolores de cabeza le hacen sentir que uno de sus ojos se le va a saltar. Mónica ha padecido de incomodidades corporales durante sus menstruaciones y ahora también durante su etapa menopáusica. Antes le molestaba menstruar por el olor, el sudor y las rozaduras. Ahora la menopausia le provocó otro tipo de trastornos.

> "...Las últimas veces, también pasaron tres meses sin que bajara, luego bajo un poquito y luego ya nada y como tenía otros problemas pues lo dejé pasar, hasta que empecé a sentir molestias: me enojaba de todo, me dolía mucho la cabeza, sentía mucho calor." (Mónica, ama de casa)

Por otra parte, Andrea indica que a partir de los 50 años sintió que su energía disminuyó, por lo que ahora piensa en cómo y en qué distribuirla. Anteriormente manifiesta que podía pasar días trabajando y sin dormir pero esa potencialidad con los años la ha perdido.

Sofía ha padecido un cansancio desacostumbrado, calores, insomnio, falta de memoria, aumento del colesterol y ya presenta una ligera osteoporosis.

En el caso de Clara, a pesar de que se somete a duras jornadas laborales, ella también ha padecido insomnio. Además con la menopausia se le ha presentado resequedad vaginal, la cual ha sido más fácil de solucionar que el insomnio.

Cecilia ha sobrellevado menos cambios corporales, quizás porque lleva años practicando yoga y un régimen nutricional cuidadoso.

Para las mujeres entrevistadas la apariencia personal es sumamente importante y los signos de envejecimiento no son gratos. A excepción de una de las mujeres lesbianas, Cecilia, al resto de las mujeres entrevistadas les preocupa las huellas que el tiempo de vida deja en su cuerpo: canas, arrugas, flacidez facial, y otros signos que repercuten en el aspecto físico. Las canas, por ejemplo, para la mayoría representan algo que afea; son un signo de envejecimiento y como tal debe ser disimulado con el tinte, por ejemplo.

> "...lo que **no me gustan** son las canas y las arrugas. Yo me tiño el pelo desde muy joven pero ahora lo hago para cubrirme las canas." (Mónica, ama de casa)

> "...ahora me tapo las canas porque me gusta **verme bien**..." (Andrea, lesbiana)

En cambio Cecilia dice al respecto:

> "Pero ¿qué si tengo canas? Sí, tengo muchas y ¿qué voy hacer? Está bien. Yo no me voy a poner un tinte y que después se te vea aquí en las raíces..." (Cecilia, lesbiana)

La menopausia es también visualizada como pérdida de salud, como un período para enfermar, incomodar o molestar a los familiares y hasta la posibilidad padecer aislamiento por incapacidad.

Para Mónica, la menopausia ha traído consigo una serie de dificultades de salud: dolores de cabeza, calores, cansancio, aumento de peso. Clara teme a las enfermedades y le da pavor la osteoporosis porque tiene miedo a la inmovilización que este padecimiento le pude provocar.

Sofía ha ya pasado por dos fracturas, disminución de su capacidad visual, y problemas de memoria, además de un aumento en los niveles de colesterol.

De este modo observamos que la salud de las mujeres se ve menguada independientemente de su preferencia sexual, actividad laboral o política. La diferencia la hace el hecho de cómo cada una de ellas atiende los problemas que se les van presentando: si tienen asistencia a servicios de salud, relaciones sociales con otras personas o familiares que les puedan apoyar en determinadas circunstancias, recursos económicos, y sobre todo el historial de salud en la vida de cada una de ellas.

Por otro lado, cabe indicar que salvo Cecilia (lesbiana) y Sofía (feminista) el resto de las mujeres no realizan ninguna actividad física o deportiva que les permita cuidar o conservar su salud como es ampliamente recomendado. Ello debido a la cantidad de trabajo que cada una desarrolla en los ámbitos en los que se desenvuelven; la diversidad de ocupaciones que tienen no les permite realizar algún chequeo médico continuo salvo cuando se les presenta alguna complicación en su salud. No obstante, ante una ciencia androcéntrica que invisibiliza las diferencias como la doble jornada, el cuidado de los otros e incluso el desprecio de ciertos médicos hacia las mujeres, hace que éstas internalicen un sin número de culpas que vulneran su salud tanto física como mental. Siempre hay un sesgo de

considerarlas inferiores, histéricas, neuróticas o estresadas. Respecto a las "estresadas", por ejemplo, no se considera que el estrés posiblemente sea un problema por la sobrecarga de trabajo que las mujeres soportan, sino se alude a una mala administración de su tiempo.

CAMBIOS CORPORALES EXPERIMENTADOS CON LA MENOPAUSIA

AMAS DE CASA	LESBIANAS	FEMINISTAS
"...ya no siento la misma energía y me hace sentir extraña con mi cuerpo y conmigo misma...nada te queda, te sientes horrible frente al espejo; estás trabajando y los sudores te angustian, vieras que difícil, es como si estuvieras metida en otro cuerpo." (Adriana) "...empecé a sentir molestias: me enojaba de todo, me dolía mucho la cabeza, sentía mucho calor...aunque he tratado con diferentes dietas y doctores no bajo de peso, dicen que tengo como 20 o 25 kilos de más. Otro cambio fue que empecé a sentir mi piel reseca. Sigo con el problema de la piel y también con los dolores de cabeza que me hace sentir que el ojo se me va a salir. Los calores ya se me pasaron pero si me he sentido mal, últimamente me han dolido mucho las piernas." (Mónica)	"...me empezaron a pesar los años en la movilidad, en la energía para hacer cosas. Ya no puedo ser un trompo como era antes, ahora me canso. Desde hace un tiempo cuido más mi energía, pienso dónde la voy a poner, qué voy a hacer." (Andrea) "...ahora organizo mi tiempo de una manera mejor y digo: ¡cuánta energía desperdiciaba yo! Ahora programo lo que tengo que hacer...La decadencia física no me gusta, aunque sea biológicamente esperable." (Cecilia)	"El primer cambio que me trajo problemas fue el insomnio. Después vinieron los calores y un cansancio desacostumbrado. Ya me olvidé de los calores. Pero la pérdida de la memoria que me acosa desde hace un año...Además en término de dos años, de los 48 a los 50, tuve dos fracturas y temí por la fragilidad de mi cuerpo. Primero me rompí la muñeca y luego la clavícula...Últimamente también he tenido que buscar ayuda para controlar el elevado colesterol. También he engordado en los últimos meses." (Sofía) "No te imaginas el ritmo que tengo durante el día...Pero no duermo bien...Después me fui enterando de que mi insomnio tenía que ver con la menopausia...Por otro lado, la penetración empezó a ser dolorosa, al principio se lo oculté a mi compañero. Hasta que leí un artículo en el que se hablaba de la resequedad vaginal con la menopausia y de la importancia de usar lubricantes." (Clara)

4. Experiencia con el tratamiento hormonal sustitutivo

Un campo especialmente abonado para hacer de la salud un negocio es precisamente el sexo femenino. La salud y el cuerpo de las mujeres se han convertido en objeto de mercado. Las terapias hormonales, los fitoestrógenos, los medicamentos que van a quitar el dolor de forma inmediata, todo vale, ya que el cuerpo de las mujeres es un buen mercado con el que se pueden conseguir extraordinarias ganancias.

Gozar de salud y de los avances de la ciencia debe ser un derecho de las mujeres. Sin embargo se debe controlar el que sus cuerpos no sean sometidos a riegos físicos, psíquicos, ni experimentales. En este aspecto el consentimiento informado adquiere una importancia primordial.

El diccionario de la Real Academia Española define consentimiento como la acción y efecto de dar el sí, esto es, permitir algo o condescender en que se haga. En el ámbito de la práctica médica, una persona deberá otorgar su consentimiento informado antes de iniciar un tratamiento médico. La Dra. Laura Vargas, del Colegio de Bioética, indica que el propósito del consentimiento informado es hacer efectivo el principio de respeto a la autonomía del individuo en la toma de decisiones médicas. El respeto a la autonomía es reconocer que las personas tienen derecho a opinar, tomar decisiones y actuar con base en sus valores y creencias personales. Esta autonomía, señala Vargas, se sustenta en el derecho legal y ético que una persona tiene sobre lo que ocurre a su cuerpo y en la obligación ética del médico de involucrar a sus pacientes en su tratamiento y cuidado de la salud. Para ejercer su derecho a la autonomía, el paciente debe recibir toda la información necesaria para comprender los riesgos y beneficios implicados, de manera que pueda ejercer su libre poder de elección (Vargas, 2007)

El carácter experimental del tratamiento hormonal sustitutivo ha significado que las mujeres hayan sido, y sigan siendo, utilizadas en el proceso de consolidación del mismo. Lo paradójico es que las mujeres contribuyan a la experimentación, no sólo con sus cuerpos sino con su dinero. Al respecto resulta pertinente señalar que: "Expertos de la Organización Mundial de la Salud creen que mientras no se posea suficiente información, una nueva tecnología debe considerarse experimental y su uso debe estar regido por todos los principios y resguardos que protegen a la investigación en seres humanos, es decir la debida protección que éstos merecen en los casos de experimentación" (Sommer, 1997)

Algunos podrían aducir que los riesgos y efectos colaterales del tratamiento hormonal sustitutivo son similares a los de cualquier proceso por el que atraviesa una persona en cualquier otro tratamiento, a través de la medicalización y/o la cirugía. Sin embargo ¿qué tanto están informadas las mujeres acerca de esos riesgos?

En el tratamiento hormonal sustitutivo, la información es la palabra clave. Ninguna mujer debería tomar decisiones si la información de la que dispone es parcial, sesgada o incorrecta. Para poder decidir acerca de esta opción en la menopausia, la información recibida deberá ser clara, completa, veraz y basada en la evidencia científica disponible. De acuerdo con Vargas, el médico es el responsable de proveer esta información, la cual deberá cubrir diversos aspectos respecto al estado de salud del individuo, la naturaleza del procedimiento (en qué consiste, qué se va a hacer), la razón o motivo por el cual se sugiere dicho procedimiento (para qué se hace y porqué el médico elige ésta y no otras opciones), las alternativas de tratamiento disponibles, los beneficios y riesgos posibles razonablemente previsibles conforme a la práctica médica (entre ellos, molestias y efectos secundarios, incluidos los derivados de no llevarse a cabo el procedimiento o tratamiento). En este proceso es importante otorgar a la mujer tiempo suficiente para analizar la información recibida (Vargas, 2007)

El feminismo ha señalado que la actitud de las mujeres es generalmente pasiva ante el saber médico, "las pacientes" no preguntan y mucho menos cuestionan. Cuando los médicos proporcionan un tratamiento, generalmente indican los beneficios pero rara vez hablan de los posibles riesgos. En México no existe información suficiente, clara y precisa que les permita a las mujeres, en la edad del climaterio y la menopausia, optar o no por un tratamiento hormonal. De las mujeres entrevistadas sólo dos (ambas feministas) han estado bajo tratamiento hormonal. Ni las amas de casa ni las mujeres lesbianas han seguido un régimen de sustitución hormonal. Un elemento determinante es que el tratamiento hormonal en México es caro y representa un egreso anual significativo, además del pago por la supervisión médica que este tipo de tratamiento requiere.

Sofía emprendió al principio de la menopausia un tratamiento hormonal que le provocó aumento de peso y menstruaciones que le parecieron molestas. A pesar de la ligera osteoporosis que dice padecer, optó por no continuar este tipo de tratamiento y apostarle a la medicina alternativa así como al ejercicio físico.

> "En el pasado las he tomado y tuve que abandonarlas por causa del aumento de peso y de las molestas menstruaciones. A mí me parece ridículo menstruar cuando el sangrado es producto del tratamiento hormonal...Es molesto convertir un hecho natural en una "enfermedad" que requiere años de tratamiento." (Sofía, feminista)

Por el contrario, para Clara la experiencia con las hormonas ha sido muy buena, reconoce en los estrógenos un poder que físicamente le favorece: recuperó la lubricación vaginal, la firmeza de sus senos y alejó el temor a la osteoporosis. Aunque el insomnio no lo ha superado, Clara ve más beneficios que riesgos con el uso de este tratamiento. Clara tiene mamas fibroquísticas y es consciente de los riesgos del cáncer que un tratamiento de este tipo le puede traer, sin embargo ha optado por seguirlo de manera indefinida.

"...Soy una fan de la terapia de reposición hormonal, a pesar de que sé que también cuenta con muchos detractores que están a favor de mitigar la pérdida de hormonas a través de métodos naturales. Pero a mí me funcionó...Los estrógenos tienen su poder. Esas hormonas marcan toda tu vida: cuando están porque suben y bajan; cuando faltan porque te impiden gozar...Mi experiencia con las hormonas es buena." (Clara, feminista)

En la actualidad, los estrógenos juegan un papel importante en el tratamiento de los síntomas y enfermedades que caracterizan a la posmenopausia. Sin embargo cabe preguntarse ¿qué sucederá en el futuro con el uso de la terapia hormonal? Tal vez tengamos que esperar décadas hasta conocer los resultados a largo plazo del uso de THS en mujeres mexicanas, así como mayores estudios sobre el comportamiento del cáncer endometrial, del cáncer de mama y posiblemente la aparición, incremento o disminución de otras patologías. Lo cierto es que el seguimiento periódico permitirá evaluar los posibles riesgos o los beneficios que se deriven del uso de la terapia estrogénica.

Dado que en nuestro país no toda la población tiene acceso a los servicios de salud, y que cualquier tratamiento es costoso, cabe preguntarse: ¿en caso de que el THS sea una alternativa segura, qué cantidad de la población tendría acceso a una atención continua para lograr la eficacia de este tratamiento?

El tratamiento hormonal sustitutivo promete el milagro de la eterna lozanía, y con intención o sin ella, refuerzan el culto a la juventud que es difundido en detrimento de las mujeres de mediana edad. Ante esa promesa médica de prologar la juventud de las mujeres, es necesario observar si aquellas que han estado bajo tratamiento con THS por un largo periodo (5-10 años) han dejado de envejecer o sólo han retrasado este proceso y ¿qué ha sucedido con ellas después de su tratamiento?

McCrea (1996) señala que los mitos sobre la menopausia son formas de control social toda vez que fuerzan a las mujeres a sentir y experimentar ciertos

fenómenos en la forma que dicta la ideología médica. Estos mitos sugieren que la menopausia es un evento que limita las capacidades psicológicas y fisiológicas de las mujeres. La autora argumenta que la menopausia fue construida como enfermedad (o como algo anormal) una vez que hubo medicamentos para "tratarla". Cabe señalar aquí el papel de los medios de comunicación en el proceso de medicalización pues a través de éstos, las mujeres menopáusicas han sido definidas socialmente como "problemáticas". En ese sentido sería interesante investigar de qué manera el proceso de medicalización conforma los sentimientos y el entendimiento de las mujeres hacia su menopausia y de qué manera esto determina su perspectiva del climaterio; sin olvidar, por supuesto, que las mujeres son también actores sociales que con su propia habilidad interpretativa, pueden dar significado y sentido a sus circunstancias y realidad.

5. Experiencia y práctica sexual de las mujeres entrevistadas

La sexualidad es una condición humana básica que posibilita la existencia y prolongación de la especie humana, pero más allá de la reproducción de la especie y del triunfo sobre los instintos, es en la sexualidad en donde se puede hablar de la biología humanizada, es decir, donde la biología se hace lenguaje, comunicación y cultura.

La sexualidad y el cuerpo son realidades complejas, no sólo conjuntos de órganos y funciones biológicas o corporales. Estas realidades se envuelven en un espeso manto de símbolos, representaciones y significaciones culturales diversas, que incluso varían según la condición socio-económica y política de los sujetos y de los grupos sociales, la etnia, la edad y el sexo.

La sexualidad y el cuerpo son territorios del hacer humano y campos de relaciones sociales, campos de ejercicio del poder creador o destructor y expresan la capacidad de ser y hacer; sentir y tener de los seres humanos. Es allí en donde se ejercitan los límites que imponen las regulaciones, prohibiciones y permisos dictados por la cultura.

Las significaciones del cuerpo y la sexualidad se mueven en un amplio espectro, en un universo simbólico que pareciera contenerlo todo: lo sagrado, lo profano; lo divino y lo humano; lo glorioso y lo pecaminoso; la bondad y la maldad; la gloria y el clímax; el infierno y el abismo; lo lícito y lo ilícito. La sexualidad es endiosada o satanizada; en ella el cielo y el infierno; el dolor y el placer, campo de castigo o galardón.

La sexualidad y el cuerpo son campos de profundas valoraciones morales, estéticas, jurídicas, sanitarias y aún económicas. Las culturas y las personas le asignan a la sexualidad finalidades y significaciones que trascienden la

reproducción construida al calor de los encuentros y los desencuentros: comunicación, compañía afectiva y erótica, espacio de placer, recreación lúdica de los cuerpos.

La experiencia en las relaciones sexuales de las mujeres consultadas en este estudio ha cambiado con la menopausia. Para algunas es un periodo de incertidumbre sobre posibles cambios en la propia sexualidad, ya que la pérdida del símbolo de mujer reproductora conlleva implícitamente un cambio en la actividad sexual femenina a esta edad. Otras reportan que la edad les ha dado mayor experiencia en este terreno y que sus encuentros amorosos aunque han disminuido son más intensos o más gratos, este es el caso de una ama de casa, un feminista y una lesbiana. Las otras tres han mostrado una disminución tanto en sus deseos como en sus relaciones sexuales.

Todas coinciden en que durante esta etapa de sus vidas, las relaciones sexuales no ocupan un lugar primordial en los vínculos con sus parejas. Para el conjunto de estas mujeres lo primordial son la confianza, la comunicación y el respeto que han logrado consolidar con sus parejas o relaciones amorosas.

Para Mónica, una de las amas de casa, antes que las relaciones sexuales lo primordial es resolver las cuestiones económicas de su familia. Mientras que, las que tienen de alguna manera resulta la situación económica, se quejan de la falta de tiempo o el cansancio por las intensas jornadas laborales, el estrés a que se ven sometidas ya sea ellas o sus parejas, y por el ritmo de vida que la ciudad de México les impone.

Adriana considera que la sexualidad con su pareja ha cambiado porque los encuentros ahora son más profundos. A ella la menopausia le ha despertado más el deseo sexual y su marido no tiene problemas eréctiles. Sin embargo, no mantiene relaciones sexuales frecuentes debido a que el esposo pasa más tiempo

en el trabajo que con ella o su familia. Al principio de la menopausia, Adriana tenía temores de que su sexualidad disminuyera, de hecho presentó resequedad vaginal que superó con una crema de estrógenos. Su temor se fundaba en comentarios de familiares y mujeres que habían experimentado el alejamiento sexual con sus maridos, pero a ella no le sucedió. No obstante la relación sexual no es lo fundamental en su relación de pareja. Para Adriana la comprensión, la confianza y el cariño son el centro de su interés.

En el caso de Mónica, el cansancio y el sueño vencen sus escasos deseos sexuales. Ella antepone cubrir las necesidades económicas de su familia a su libido, por lo que tener relaciones sexuales no es para ella lo más importante. Ella atribuye la disminución de su apetito sexual, no a la menopausia sino a que los hombres son machistas y no saben acompañar y crecer al lado de la mujer. "...el placer viene cuando la pareja se abraza y no cuando se grita", dice Mónica.

Sofía y su esposo han vivido y compartido juntos problemas sexuales como la falta de erección de él. Ante este hecho Sofía al principio dudó de la fidelidad de su esposo, consideró también que la rutina era su peor aleada. Sin embargo conforme ha pasado el tiempo han ido haciendo los ajustes necesarios en su vida de pareja, ello gracias a la buena comunicación, confianza y cariño que se tienen. Ambos son psicólogos y esa afinidad profesional quizás ha facilitado la equidad que mantienen en su matrimonio. Para Sofía la madurez no es un problema en su vida sexual, por el contrario, considera que tiene mayor experiencia y suficiente confianza en sí misma, lo cual es fundamental porque de acuerdo a su concepción el erotismo femenino y masculino son totalmente diferentes.

A pesar de que Sofía alude a una experiencia sexual grata, reconoce que el ritmo de trabajo que ella y su marido tienen no les permite mantener, con la frecuencia deseada, relaciones sexuales satisfactorias. También señala que

además del trabajo propio, el ritmo de vida de la ciudad de México no les permite una relación sexual placentera.

Clara no tiene una pareja sexual estable y reconoce que su deseo sexual ha disminuido, sin embargo, aunque le cuesta excitarse, su goce sexual es más intenso. Clara considera que su vida sexual ha cambiado porque en esta etapa de su vida, ella elige con quién y cómo desea establecer una relación sexual. Antes, reconoce, "me elegían". Con el tiempo Clara ha aprendido a conocer su cuerpo, su sexualidad, sus genitales y cómo proporcionarse placer a sí misma y no sólo a otros. Ante una sociedad que se ha empeñado en fragmentar la sexualidad en hombre-mujer, genitales-reproducción, placer-pecado, bueno-malo, la práctica del autoerotismo de Clara reivindica esta alternativa sexual como una forma de reconciliar el yo-erótico y el goce de todo el cuerpo.

Cecilia por su parte, hace algún tiempo que no tiene pareja pero no le falta el apetito sexual. Ella reconoce la necesidad de una pareja pero el hecho de no tenerla no la deprime porque no desea sólo una pareja sexual, sino compartir emociones, sentimientos e ideas. Para Cecilia amar a una mujer no tiene carga moralista, sin embargo señala que en México se concibe que las lesbianas sólo piensan en el sexo, idea que ella no comparte.

Andrea, la otra mujer lesbiana entrevistada, cuenta con una relación de pareja muy sólida en muchos aspectos incluidos, el sexual. Aunque con la menopausia tuvo una disminución en su práctica sexual, su pareja le ayudó a superar dicha circunstancia. Para Andrea su vida sexual es importante pero lo que más valora es la confianza y la integridad familiar que han construido su pareja y ella.

La edad es un factor que reduce en todas las entrevistadas la posibilidad de nuevas relaciones de pareja. Las amas de casa reconocen que los hombres

prefieren relaciones con mujeres jóvenes, por lo que ellas se encuentran en desventaja ante la posibilidad de nuevas relaciones sexuales.

Cecilia, mujer lesbiana, considera también que hay pocos lugares donde socializar o ligar para las lesbianas que no son jóvenes.

En la población en general existe una forma peculiar de discriminación social hacia las personas que llegan o se aproximan al climaterio, consistente en negar en ellas la existencia de impulsos sexuales. Más aún, las burlas hacia quienes ejercen su vida sexual son frecuentes.

Desde la perspectiva feminista, se reivindica el derecho al placer sexual de la mujer menopáusica, igual que el de cualquier persona que practique su erotismo. Desde esta perspectiva, el erotismo entendido como todo aquello que conduce a la mujer al surgimiento del deseo sexual, excitación u orgasmo, no está mediado exclusivamente por las hormonas sexuales. Desde esta postura, el déficit de andrógenos o de estrógenos tampoco se relaciona estrictamente con la atenuación de la libido o la anorgasmia. De acuerdo con los planteamientos feministas, estas disfunciones sexuales se hallan más relacionadas con factores de orden psicológico, cultural y religioso. Si bien se han documentado efectos corporales que inciden en la vida sexual de la mujer menopáusica originados por decrementos estrogénicos (pérdida de elasticidad vaginal, disminución de pechos y vulva, disminución del deseo sexual), lo cierto es que nada de ello es suficiente para impedir un ejercicio sexual gratificante y pleno. El decremento en la lubricación vaginal no significa la renuncia al placer erótico. Si una mujer que ha llegado a la menopausia desea y decide ejercer su potencial erótico, no sólo tiene derecho a ello, sino también puede ampliar sus posibilidades de disfrutarlo como parte irrenunciable de su salud sexual.

EXPERIENCIA Y PRÁCTICA SEXUAL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

AMAS DE CASA	LESBIANAS	FEMINISTAS
"Vieras que ahora que estoy en la menopausia, yo me pongo con mucho deseo de tener contacto sexual...Pero he comprendido también que no todo es sexo, igual nos amamos y si lo hacemos cada dos meses, o una vez al mes, no es drama para ninguno de los dos...La sexualidad cambia, creo que es más profundo el encuentro, menos fuego y más entrega. El tiempo dedicado creo es importante y la confianza y amor entre ambos es fundamental." (Adriana) "Como que no sólo en sexo piensa uno. También la relación va cambiando...Primero es importante el sexo y luego ya no tanto...Deseos sexuales lo que se llama deseos pues no tengo. Tengo más deseos de tener dinero para resolver otras cosas... En realidad es muy fácil decir que la mujer al descuidase ya no provoca excitación y proviene el pequeño gran problema del ya no tengo ganas de hace el amor y por consecuencia problemas de	"No tengo falta de apetito sexual, lo que pasa es que no encuentro con quien. Hace más de cuatro años que estoy sola. No apareció la persona indicada, la que estoy buscando, la que tenga esa magia que se da o no, esa cuestión de piel. Tampoco me siento a llorar ni a deprimirme; a veces siento la necesidad de tener mi pareja y compartir lo que vivo con alguien, pero no es la mayor parte del tiempo...No es lo misma forma de seducción ahora que a los 30 o a los 40...esos momentos yo seducía más desde lo corporal. Ahora me parece que una seduce desde algo más total, compartir sentimientos, emociones, ideas. Sin dejar de lado lo corporal, pero no ocupa ya un lugar de tanta primacía" (Cecilia) "Yo siempre tuve una sexualidad fuerte, pero relacionada con un vínculo. No recuerdo haber tenido sexo por el sexo mismo, me parece imposible: tiene que haber todo un montón de cosas y una situación de	"Estoy tan acostumbrada a él, a nuestras rutinas. Algunas veces estoy excitada, otras lo hago para darle placer a él...Hubo un periodo en que entramos en cuarentena debido a la falta de erección que sufrió Gustavo...La ausencia de la erección no dejó de inducirme a la sospecha de que él ya no estaba tan interesado en mí como antes...La sexualidad puede evolucionar favorablemente con los años de convivencia. Cuando cada uno sabe quién es y conoce a fondo a su compañero, cuando no mantiene expectativas ilusorias, se juegan otros valores en el encuentro amoroso que pueden volverlo más intenso..." (Sofía) "Todo es más tranquilo ahora; incluso cuando alguien me interesa...Cuando estoy con un hombre me atrae más su compañía, nuestros diálogos, que la cama...Mi deseo es cada vez más flojo...Aunque reconozco que mi goce es más intenso que antes, más completo.

pareja...para mí el placer viene cuando mi pareja me abraza y me dice te amo y no cuando grita." (Mónica)	conjunción...Hace unos meses tuve un bajón importante en mi apetito sexual...Sin embargo, tengo una pareja excelente en este terreno, nos llevamos muy bien. Cuando una se enamora siente la vida de un modo impresionante. Lo más fuerte que me une a Lorena, es la profunda confianza, lo que hemos construido juntas" (Andrea)	Pero puede pasar un tiempo sin tener relaciones y no me pasa nada..." (Clara)

Con las afirmaciones de estas mujeres, se puede notar que la menopausia las enfrenta a malestares y pérdidas, al mismo tiempo que les permite hacer cambios significativos en sus vidas. La vivencia y disfrute de la sexualidad es concebida por este grupo de mujeres dentro del contexto de la relación de pareja ya establecida, y dicha relación es para ellas determinante en el tipo de intimidad sexual que se experimente. Lo interesante es que ellas logran trascender la unión sexual sólo con propósitos reproductivos. La existencia o ausencia del disfrute sexual es muy importante y forma parte del equilibrio emocional en sus vidas. Lo cual confirma que el territorio de la autobiografía sexual, es el que compete a la vida íntima o a la vida privada, en donde ni el estado, ni ninguna otra persona o institución debería imponer decisiones sobre la sexualidad que corresponden al fuero individual. Ese dominio debería ser el espacio de libertades individuales y elección de opciones sexuales; la libertad de tener o no relaciones sexuales, la elección del estado civil, la elección del modelo de familia, el contraer matrimonio o divorciarse, entre otras opciones. Sin embargo, el territorio de la autobiografía sexual, compete a la vida íntima pero también es relacional y es construida social y culturalmente.

En el espacio de la sexualidad se ejerce la soberanía a través del empoderamiento de sí, del sentido de pertenencia a sí misma, es el espacio de la confrontación con el interior, es el espacio de la interrogación de la cultura y sus modelos que habitan en nosotras dado que somos una con la cultura. No obstante, es preciso el cuestionamiento de la cultura y de los procesos de socialización, pues nos inscribimos en las matrices simbólicas de lo femenino y lo masculino y en este sentido participamos de las propuestas de feminidad y masculinidad hegemónicas que nos exponen a comportamientos y prácticas de riesgo tales como: dificultad para actuar y hablar en defensa propia o falta de habilidad autoprotectora; problemas psicosociales que nos conducen a entablar relaciones de desigualdad; dificultad de negociar sexo seguro. Estas fragilidades, entre otras, están fundadas en feminidades dependientes de la aprobación de los demás y en masculinidades competitivas con una hipervaloración de sí mismos.

Por tal razón requerimos edificar para nosotras mismas (en cualquier ciclo de nuestra vida, pero particularmente en la menopausia) la sexualidad como un campo del ejercicio de la libertad. La libertad sexual es valiosa cuando se considera que elegir o tomar decisiones acerca de la autobiografía sexual es parte sustantiva de la vida, del proyecto vital y del ámbito de la autoafirmación individual, como asunto personal y de la realización humana. Precisamos la adopción de conductas individuales y colectivas de autoafirmación, de la dignidad sexual y el empoderamiento para experimentarse como sujeto de derecho.

El reto de la mujer en la menopausia es articular sustancialmente sexualidad y política, una política sexual, como sugería Kate Millet en la década de los 70 (Millet, 1975) pero ahora entendida ésta como ejercicio de derechos; articular intimidad y derechos y experimentarlos como realidades indisolubles e inaugurar contratos sexuales, hasta ahora inéditos, más democráticos y equitativos.

Esta percepción y concepción afirmativa de la sexualidad no puede menos que levantarse sobre una concepción afectiva y amorosa del cuerpo, reconciliadora de cada una consigo misma. Lejos está, al menos es la aspiración, el cuerpo del castigo, culpa, prohibición, el cuerpo y la sexualidad infravalorados encadenados al servicio de los otros. La mujer de mediana edad podría afirmar con la menopausia el cuerpo potencia, expresión del ser, memoria y presente de las emociones y sentimientos, fuente del deseo y de las alegrías, ventana de la percepción del mundo y recurso del conocimiento y de la dicha de sí; el cuerpo como habitación del sujeto, porque ¿qué es el sujeto sin la percepción de sí mismo a través de su cuerpo?

6. Envejecimiento y discriminación por edad

En la era moderna el cuerpo femenino es un campo de correcciones y se transforma en un lugar en el que la sociedad se ocupa para liposuccionarlo o volverlo al revés, como se re (quiera); los medios de comunicación se obstina en facilitarnos todos aquellos consejos, productos y magias que podrán mejorar y prolongar la juventud del cuerpo. Un cuerpo que siempre a luz de las recomendaciones observadas, parece ser de una imperfección crónica. De esta manera se entra en un discurso deficitario, pues se posee un cuerpo que siempre saca mala nota porque no cumple la regla fundamental: prohibido caducar.

El enfoque de género ha mostrado la desigualdad existente entre hombres y mujeres, lo cual se hace extensiva a cualquier edad. Sin embargo, con la menopausia, las mujeres afrontan una mayor discriminación por su edad. En este terreno por ejemplo, las posibilidades de ser contratada para un empleo, se reducen; las posibilidades de establecer nuevas relaciones de pareja, también disminuyen. Las empresas aseguradoras que ofrecen seguros médicos, restringen sus coberturas conforme la edad y sexo. Esta discriminación por edad abarca a las mujeres independientemente de su ocupación, posición política o preferencia sexual.

En México el proceso menopáusico generalmente se vincula al proceso de envejecimiento de las mujeres. Si bien es cierto que la menopausia se experimenta aproximadamente entre los 45 y 55 años, es con el inicio de ésta que las mujeres vislumbran algún rasgo de envejecimiento: canas, arrugas, flacidez muscular, cansancio físico o visual, insomnio, problemas dentales, entre otros.

La edad es un aspecto importante que influye directamente en cuanto a la participación social de las mujeres; también es una condición determinante en cuanto a la adquisición o pérdida de poder y de autonomía. La vejez en la cultura

mexicana es vista no sólo como la decadencia biológica sino también social de las personas. En nuestra sociedad existe una concepción pesimista del envejecimiento y ésta es aún más crítica para las mujeres ya que, al ser mujer y vieja se amenaza el sistema de valores referente a la visión sexista basado en la juventud y belleza femenina.

Para Laforest, la vejez como las otras etapas de la vida demanda del cumplimiento de tareas de desarrollo. En la vejez, según este autor, la persona mayor debe profundizar en su propia identidad en un contexto cambiante, lo cual implica fortalecer el auto-respeto y exigir ser respetada por los demás y defender sus derechos como ser humano. En segundo lugar, la persona mayor puede profundizar en su propio crecimiento personal, lo que implica reconceptualizar el significado de su propia existencia y vivir más plenamente las experiencias cotidianas haciendo uso de sus potencialidades y buscar la auto-superación. El autor se refiere a la responsabilidad de las personas mayores de compartir la historia y experiencia acumulada. (Laforest, 1991)

Algunas autoras afirman que la experiencia de muchas mujeres es que "tienen grandes dificultades para aceptar su envejecimiento, pero una vez en él, le encuentran sentido a la vida y suelen estar satisfechas" (Castaño y Martínez, 1990:166)

Sin embargo, no todas las personas asimilan de la misma forma los cambios que trae el envejecimiento. En el grupo de mujeres participantes en este estudio se observan dos formas diferentes de concebir el envejecimiento. Algunas están viviendo dificultades para aceptar la vejez, por considerarla como un periodo de desvalorización. Y otras, las menos, no han puesto resistencia a su propio envejecimiento debido a que no les amenaza el llegar a esta etapa. Es interesante destacar que las dos mujeres con esta visión (feminista y ama de casa) son

quienes reportan estar experimentando una experiencia menopáusica muy tranquila y sin ningún tipo de manifestaciones molestas ni desagradables.

Las mujeres que tienen menos resistencia a envejecer ponen mayor atención a las ventajas que la menopausia les ofrece, entre ellas la posibilidad de disfrutar de su sexualidad sin riesgos de embarazo y la eliminación de molestias menstruales, lo cual les da una sensación de liberación en estos años.

Independientemente de la experiencia menopáusica que cada una de ellas está viviendo, la menopausia es asociada con problemas de salud y de vejez. Al concebir la vejez como una etapa de enfermedad y declinación, esta situación las asusta.

A las mujeres de mediana edad, les toca responder a situaciones de vulnerabilidad precisamente porque dejan de ser consideradas como mujeres jóvenes y útiles para la familia y el medio laboral. Las amas de casa quieren continuar siendo útiles a la familia, aunque reconocen que su trabajo no ha sido tan valorado como les hubiera gustado. Las mujeres profesionales por su parte, empiezan a sentir limitaciones y restricciones sociales para continuar haciendo su trabajo, por lo que deben gastar tiempo y energía para demostrar que aún son capaces de cumplir con las demandas laborales.

El temor a envejecer para la mayoría de estas mujeres, amenaza con eliminar el encanto que algunas autoras (Greer, 1991; Blasco, 1996) han descrito sobre la sensación de bienestar y madurez que experimentan como mujeres de mediana edad. Para estas mujeres, menopausia no sólo significa agudización de unos malestares y alivio de otros, sino que también significa envejecer, deteriorarse físicamente y hasta vislumbrar un cercano fenecer.

Adriana, ama de casa, asocia la menstruación con una condición orgánica que la hace ser más joven: "un organismo que está en plenitud de funciones", dice ella. Esta ama de casa no desea otro embarazo, pero según su apreciación, el perder la menstruación "es tener un organismo con menos vitalidad". (Adriana) En esta ama de casa, la menopausia es algo difícil de aceptar porque se asocia con el envejecimiento femenino y envejecer para ella es sinónimo de finitud.

A Mónica le da miedo la menopausia porque para ella este hecho representa el llegar a ser vieja y eso conlleva el estar sola o imposibilitada para valerse por sí misma.

Sofía es consciente de que algo está sucediendo en su cuerpo y lo expresa con frases como: "...me estoy haciendo vieja", pero no ve la vejez como finitud sino como una etapa de transición.

Clara por su parte tampoco le teme a la edad y, como Sofía, buscan lo positivo en cada etapa de la vida. Para Clara, la menopausia no es un obstáculo para tener y desarrollar proyectos y planes para el futuro.

Andrea por su parte, teme a la menopausia porque no desea llegar a hacerse vieja. Este temor se funda en la consideración de que existe mucha discriminación social tanto para las personas viejas como para los homosexuales, lesbianas y transexuales.

Cecilia opina que la mujer heterosexual se encuentra más pautada por la cultura, la cual le dicta un mayor anclaje en lo que al cuerpo y la familia se refiere. Cecilia considera que las mujeres lesbianas, en cambio, han roto con ese anclaje y por lo menos ella, se ha podido liberar de él. Cecilia es una mujer a la que no le importa tener canas, arrugas o usar lentes, la vejez la vive como algo natural.

ENVEJECIMIENTO Y DISCRIMINACIÓN POR EDAD

AMAS DE CASA	LESBIANAS	FEMINISTAS
"La menopausia la relaciono con una condición orgánica que me podía mantener más joven o menos joven. Como que mientras yo tuviera la regla era un organismo que está en plenitud de funciones, aunque yo no pueda quedar embarazada, ni deseo quedar embarazada en este momento. El perder la menstruación, el no tenerla ya, sí hacía que yo me envejeciera, entonces sí la posibilidad de ser menos joven era real y tener un organismo con menos vitalidad...La menopausia es una cosa difícil de aceptar, las mujeres no sólo nos sentimos sino que nos envejecemos muy rápido..."(Adriana) "El miedo que sentí al entrar a la menopausia fue llegar a ser viejita, yo lo sentí como muy profundo. El ser vieja es algo terrible, yo me veía como una pasita arrugaditita. Sí, me dio miedo llegar a ser viejita, me parece que voy a estar sola y que no podré salir ni andar en la calle..."(Mónica)	"La menopausia es como una puerta de entrada a la vejez. Los temores en la menopausia son porque una se hace vieja. Sí eso es lo que una siente porque no desea llegar a hacerse vieja...La lucha del movimiento gay-lésbico en los últimos años ha conseguido que la sociedad pueda imaginar, tolerar o aceptar a un gay o una lesbiana jóvenes, pero no sucede lo mismo con los viejos...Los estereotipos son falsos, lo que es verdadero es que la discriminación y la presión social a esta edad pueden resultar insoportables."(Andrea) "En el mundo heterosexual veo un gran desazón con el tema de la edad. Porque al estar con varones al lado el anclaje es mayor, tienes la estructura de un marco familiar y ese debe ser el que se presenta como el único camino posible. Yo tengo posibilidad de volar, eso es lo que siento, y ellas están ancladas...la mujer que está en el marco de una vida heterosexual está como más pautada desde	"Creo que si están ocurriendo todas esas cosas en mi cuerpo es porque me estoy haciendo vieja, sí he pensado eso...Pienso que si uno llega a ser viejita también hay que saber vivir. Todo está en saber buscar el lado bonito de las cosas." (Sofía) "Yo pienso que uno va aceptando la edad que va teniendo y entonces va buscando las cosas bonitas de cada edad. Yo ahorita no me siento vieja, a ratos cansada. Yo tengo proyectos y planes para el futuro. Yo pienso que si uno tiene proyectos no puede sentirse vieja." (Clara)

	la cultura, desde el deber ser que nosotras (las lesbiana), quienes en algún momento, rompimos y eso ya nos dio una puerta de salida..." (Cecilia)	

A partir de las experiencias antes narradas me pregunto: ¿cómo plantear el futuro en una sociedad empeñada en mantener al margen a las mujeres mayores? Considero que habrá muchos caminos pero que cualquier modificación básica deberá partir de las propias mujeres, quienes a través de una manera diferente de concebir y construir relaciones, podremos erradicar los estereotipos que constriñen y limitan a las mujeres mayores; diseñar nuevos espacios y buscar nueva imágenes que acompañen a las mujeres maduras. Aprehender a vivir sin reglas (menstruaciones) y sin reglas (sociales) impuestas que coartan la posibilidad de una mejor calidad de vida.

Hasta hace relativamente poco prolongar la vida humana era la meta fundamental. Actualmente la preocupación por lograr una máxima cantidad de años vividos ha sido desplazada por prolongar la vida con calidad. La mera introducción de la noción de calidad de vida supone dejar de otorgar un valor absoluto a la vida por sí misma. Sin embargo, ¿en qué consiste exactamente la calidad de vida? ¿Qué nos lleva a concluir que una vida es mejor que otra? ¿Sobre qué bases juzgamos que una vida tiene igual o más calidad que otra?

Sin duda es difícil ponerse de acuerdo sobre cuáles son las cosas que deben tomarse en cuenta al evaluar la calidad de una vida. A la filosofía –o, más específicamente a la ética- le interesa contestar la pregunta acerca de cómo hemos de vivir; la economía, por su parte estudia y diseña modelos y estrategias cuya finalidad es generar, a partir de recursos escasos, el máximo de bienestar para una persona o para una población; y a las ciencias de la salud les es

indispensable contar con criterios que les permitan evaluar la salud (bienestar) de una población y decidir en casos particulares si representa un beneficio para un paciente administrar un determinado tratamiento o a quién ha de administrarse cuando los recursos son escasos.

De acuerdo con Margarita Valdés, del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM: "...la vida de una persona es buena en la medida en que tenga acceso a una lista de bienes indispensables para satisfacer sus necesidades y que la capaciten para llevar a cabo actividades individuales y de grupo distintivas de la vida humana, así como para gozar de ciertos estados corporales, mentales y sociales" (Valdés, 2003) Conforme a esta posición, la calidad de vida de las mujeres en la menopausia estriba en que tenga acceso a bienes o recursos necesarios (situación que en el contexto mexicano es cada vez más difícil) y se encuentren en ciertos estados físicos y mentales que les permitan funcionar en ámbitos característicos de la vida humana. A ello agregaría la capacidad de realizar planes y tomar decisiones para su vida, es decir, que tenga la posibilidad de ser autónoma al llegar a esta etapa de su ciclo de vida.

7. Seguridad social en la menopausia

La noción de seguridad social se encuentra estrechamente vinculada a una reestructuración de la relación entre el Estado y la economía en las sociedades capitalistas modernas. De esta forma los estados han buscado por diferentes vías garantizar legalmente la seguridad o el "bienestar" de sus ciudadanos/as por medio de políticas públicas.

Estas políticas comprenden transferencias de ingresos a los grupos sociales, infraestructura física, servicios sociales, políticas sociales en educación, vivienda y salud, así como también regulaciones en torno a la economía, el rol del Estado, la distribución del poder y la organización del control social.

La seguridad social se traduce en la acción estatal basada en la ley formal, garantizada mediante derechos sociales y por medio de la intervención técnico-administrativa del aparato estatal. Generalmente se distingue entre el seguro social, que cuenta con aportes de los beneficiarios y de los empleados y/o el Estado, y la asistencia social, que no tiene el principio del seguro –es decir, los gobiernos deciden que ciertos grupos de ciudadanos/as necesitan asistencia, y que el gobierno debe pagar por ésta, mediante diversos mecanismos de tributación.

Una distinción adicional es que la seguridad social habitualmente se refiere a formas colectivas de previsión; sin embargo, resulta útil incluir también bajo el título de "seguridad social" en el sentido genérico, a aquellas personas que se encargan ellas mismas de cubrir sus propios riesgos: ahorros privados para la jubilación, por ejemplo, o pólizas de seguro de vida.

La ampliación de la esperanza de vida de la población es una de las contingencias de la seguridad social más difíciles de afrontar siendo, a partir de los 50 años, la edad en la que mayor cantidad de riesgos sociales se presentan:

pérdida de empleo o disminución de ingresos, enfermedades biológicas, invalidez, pérdida de las facultades físicas o mentales, etc. A su vez, la seguridad social adolece de una especificidad de género que no se toma en cuenta en la legislación, como tampoco al momento de otorgar las prestaciones. Esta especificidad se refiere a que las mujeres de edad avanzada pueden considerarse como uno de los sectores más vulnerables de la sociedad, en términos tantos físicos como económicos, primero por su mayor morbilidad, atribuible a diferencias fisiológicas agravadas por el efecto acumulado de desnutrición, embarazos continuos, desgaste físico y psicológico de una doble jornada y subordinación social y económica. Su vulnerabilidad se ve multiplicada por la mayor desprotección en prestaciones que resulta de su desventajosa inserción laboral durante las edades jóvenes (Gómez, 1997).

A pesar de que en la última década el gobierno mexicano se ha propuesto eliminar políticas discriminatorias en la elaboración de sus programas, las mujeres siguen estando en una situación de desventaja en términos de protección social, principalmente porque las prestaciones de seguridad social siguen vinculadas al empleo en el mercado de trabajo donde persisten profundas desigualdades de género.

Las mujeres se encuentran a menudo en una posición de desventaja en el mercado laboral. Su situación viene determinada por la división social del trabajo, ya que realizan una parte muy importante del trabajo no remunerado que consiste en prestar cuidados a otras personas. Tal función a menudo impide a las mujeres aceptar o permanecer en un empleo remunerado a tiempo completo. Esto influye también en el tipo de labor que pueden realizar y el número de años que permanecen en un puesto de trabajo cubierto por la seguridad social.

Las desigualdades del mercado de trabajo afectan la situación de las mujeres en ciertos tipos de protección social más que en otros. Algunos de los

efectos más importantes pueden verse en los planes de jubilación y de salud de las empresas: a menudo se excluye más a las mujeres que a los hombres porque ocupan grados inferiores, no tienen suficientes años de servicio o trabajan a tiempo parcial.

Los regímenes de seguro social no abarcan con frecuencia a ciertas categorías de trabajadoras, como las de las trabajadoras a domicilio, las trabajadoras domésticas y las trabajadoras a tiempo parciales, en las que las mujeres están fuertemente representadas. Las trabajadoras de la economía informal –donde tantas mujeres pasan la mayor parte de su vida laboral- también están desprotegidas.

Ante este panorama muchas mujeres llegan a la edad de jubilación con muy pocos o incluso ningún derecho a una pensión por derecho propio, ya sea porque su labor no remunerada de cuidado de otras personas les ha impedido participar en una actividad laboral retribuida o porque esa labor les ha obligado a participar únicamente en formas de trabajo periféricas, que no están bien pagadas ni cubiertas por los sistemas de seguridad social.

Del grupo de mujeres participantes en esta investigación, sólo una ama de casa cuenta con seguro social por ser su esposo derechohabiente. El resto de las mujeres no cuentan con un servicio médico, por lo que cualquier necesidad en asistencia médica debe ser cubierta con servicios privados por ellas contratados.

> "También debe considerarse que antes había como una mayor seguridad: cuando se había alcanzado cierto lugar social, se le conservaba. Ahora **no hay seguridad para nadie**, tengas la edad que tengas..." (Cecilia, lesbiana)

En el aspecto de la seguridad social, las amas de casa y las mujeres feministas no manifestaron gran preocupación. Por el contrario, las mujeres lesbianas sí expresaron temor por la falta de seguridad social, escasez de

oportunidades y la marginalidad social producto de la discriminación que aún prevalece hacia la homosexualidad.

Una de ellas, Andrea, aunque contaba con seguro médico, su pareja y la hija de ésta última no podían tener acceso al servicio médico porque no las podía registrar como familiares ante las instituciones de salud. En México la marginalidad a los servicios de salud para las parejas lésbica ha estado hasta el momento absolutamente olvidado. Quizás esta situación empiece a cambiar en la ciudad de México con la puesta en marcha de la nueva ley de convivencia social, recientemente aprobada.

> "Lorena estuvo mucho tiempo sin trabajo y yo sufría porque no podíamos usar mi seguro social para que Mariana o ella fueran al médico...Tengo miedo a la pobreza, la falta de trabajo, la marginalidad, que son tan comunes con la vejez. En la medida en que estás solidaria y en conjunto, sientes menos miedo. Sin embargo el miedo tiene que ver con el sentirse sola, perder los lazos." (Andrea, lesbiana)

En cualquiera de los casos, la red familiar o de amig@s con las que cada una de las mujeres consultadas cuenta, suple en mayor o menor medida, la falta de cobertura en el aspecto de la seguridad social que el Estado mexicano es incapaz de ofrecer.

Ante la falta de legitimidad de un Estado que ha abandonado el ideal de proteger a los ciudadanos contra el desempleo, el abuso de los más fuertes o la inseguridad jurídica, y que sobre todo ya no puede prometer, como antes lo hacía, a largo plazo o para toda la vida, seguridad social, presenciamos la transición de un Estado de bienestar a un Estado de la seguridad física, y para hacer de la seguridad física algo codiciado hay que hacer primero de la vulnerabilidad corporal algo visible y tangible, hay que propagar la fragilidad y la inestabilidad físicas como los nuevos rasgos característicos de la humanidad. De ahí que el cuerpo se ponga en boga. Me refiero a todas las modalidades del body-building, los estiramientos,

liposucciones, musculaciones, siliconismos, modelados, cirugías y exhibiciones grandiosas en pasarelas reales o virtuales, pero no únicamente. El mismo auge del cuerpo se experimenta en una zona que corresponde al Estado y a sus políticas de "salud", en donde el cuerpo como objeto que hay que proteger de toda clase de agresiones físicas -disminución de las dosis de azúcar, medidas antianoréxicas, regulación de la clonación terapéutica, control de la obesidad y el rejuvenecimiento permanente, experimenta un protagonismo creciente.

Hasta ahora, dos son las principales hipótesis que compiten para explicar esta nueva resurrección del cuerpo. La primera es que la creciente sensación de vulnerabilidad es la expresión de la indefensión derivada del desmantelamiento progresivo de las instituciones de protección social características del Estado de bienestar. La segunda -contraria, aunque no del todo incompatible- es que el fenómeno delata un nuevo avance del control político sobre la vida de los individuos por parte del Estado y los poderes adyacentes, una fase posterior del higienismo o incluso del biologicismo totalitario mediante los cuales el mercado y el Estado continúan la apropiación de los cuerpos que comenzó en cuanto su desacralización los declaró ilimitadamente violables y profanables. En ambos casos las mujeres de cualquier edad pero sobre todo en la menopausia, están expuestas a esas nuevas políticas corporales sin cobertura ni seguridad social salvo la que cada una puede proveerse.

8. Proyectos de superación personal

Desde que nacemos aprendemos cómo funciona el mundo a través de los mensajes que nos llegan, y a partir de los resultados que obtenemos de nuestras experiencias vamos construyendo la imagen de nosotras mismas.

Estos mensajes permiten que sepamos qué hacer ante determinadas situaciones, cómo pensar y actuar (qué está bien y qué está mal). Ello facilita la convivencia dentro de un contexto, pero cuando estos mensajes, además de darnos unas pautas morales de conducta, no nos dejan elegir cómo ser o actuar en general, se convierten en mandatos.

Algunos de los mandatos que afectan a las mujeres son: (Bepko, Annkrestan, 1990)

1. Sé atractiva: la valía de una mujer se mide por su apariencia.
2. Sé una dama: una buena mujer mantiene el control.
3. No seas egoísta y ten una actitud de servicio: vive para dar.
4. Haz que las relaciones funcionen: ama por encima de todo.
5. Sé competente y no te quejes: hazlo todo y no parezcas sobrecargada.

Estos mandatos, además de no dejarnos la posibilidad de decidir cómo queremos ser, son imposibles de alcanzar, porque son contradictorios entre sí: no se puede estar joven, atractiva, con hijos, con un trabajo competente, llevar la casa, cuidar de la familia y la pareja, ser una amante ardiente y parecer encantadora y sonriente haciendo todo ello a la vez cada día.

Para que las mujeres seamos consideradas valiosas por las personas que nos rodean y por nosotras mismas, necesitamos estar acorde con estos valores. Sin embargo como esto es imposible, porque son contradictorios, vamos

alternando augurios de incertidumbre y de depresión con una autocrítica constante. En todas las áreas de nuestra vida estamos centradas en obtener la aprobación de las otras personas, no nos valoramos a nosotras mismas por lo que somos sino por lo que conseguimos. De ahí que no sabemos identificar nuestras propias necesidades y mucho menos expresarlas.

Por ello es sumamente importante que cada mujer sea capaz de reconocer cuáles son sus defectos y cuáles son sus virtudes, para qué actividades se encuentra mejor preparada, cuáles son sus alcances y limitaciones, en fin, que se autoconozca y estime adecuadamente. La autoestima se refiere a cuánto nos aceptamos, respetamos y ponderamos a nosotras mismas; remite al valor que cada una siente que tiene como persona en totalidad o algunos aspectos de sí misma. La autoestima se forma a partir de la relación que se establece entre nuestras características y condiciones individuales, la influencia del medio social en el que nos hemos desarrollado a lo largo de la vida y nuestras particularidades psicológicas, pues no todas percibimos y aceptamos la vida de igual forma.

Un factor que influye en detrimento de la autoestima femenina son las imágenes distorsionadas, inalcanzables y sexistas del cuerpo femenino, las cuales no sólo son un producto de la utilización de la mujer como asalariada, trabajadora no remunerada y objeto sexual; también son una consecuencia inevitable de un sistema social en el que los que tienen poder se benefician del usufructo de la mujer en el hogar y el lugar de trabajo. El debilitamiento de la autoestima femenina no sólo hace a las mujeres comprar más y más productos en su lucha por alcanzar un ideal, sino que también les impide afrontar sus limitaciones.

Posiblemente una forma de combatir los modelos sexistas consista en que un número cada vez mayor de mujeres, desarrollen campañas y acciones cotidianas con el objetivo de cambiar sus condiciones desiguales de vida en una amplia variedad de ámbitos encaminados a crear modelos alternativos. Sin

embargo, los esfuerzos de algunas mujeres para modificar las imágenes impuestas sin cambiar las condiciones sociales que las producen sólo pueden tener exiguos resultado.

Desde la teoría social feminista, las mujeres son actores (con aciertos y ambigüedades, contradicciones y rectificaciones) de la construcción social y no únicamente observadoras pasivas de lo que la sociedad puede ir haciendo con ellas. A partir esta perspectiva la superación personal que se concibe en este estudio, va más allá de la pura racionalidad y de la referencia a mujeres autónomas, representa la posibilidad de ejercer como personas; reconocer diferentes formas de desenvolverse como individuos, desarrollando potencialidades físicas, estimulando habilidades y reconociendo la capacidad que tenemos como sujetos de decir qué hacer con nuestra vida y nuestro cuerpo.

La superación personal en la etapa de la menopausia es algo difícil de concebir para las mujeres participantes en esta investigación, pues independientemente de su quehacer, profesión o preferencia sexual, se encuentran inmersas en la ocupación de otr@s.

La superación personal de las amas de casa está íntimamente ligada a la superación familiar. Si sus familias prosperan ellas encuentran su realización personal. No hay una superación personal propia, sino que ésta se encuentra supeditada a la de los otros integrantes de la familia. Lo mismo sucede con Andrea, la mujer lesbiana que vive con su pareja y la hija de ésta última.

Para Cecilia, la otra mujer lesbiana de este grupo, la menopausia es una etapa para abrir nuevos proyectos personales o consolidar los existentes. Esta mujer sí cuenta con un programa personal de búsqueda propia hacia nuevos proyectos, que van desde el cuidado de su salud, su dieta el ejercicio, etc., hasta la superación profesional.

> "Ayuda a pensar que no hay un decreto que dice que a tal edad hay que ser una persona "liquidada", que se pueden tener proyectos...Antes decían: lo que no se hace hasta los 40 años no se hace más. Y no es así. Hoy a los 50 años estás viendo ¿qué me gustaría ser? Apenas estás empezando a buscar, en algunos casos. Como yo que el año pasado me puse a estudiar computación, dije: no puede ser que en pleno nuevo milenio y yo no sepa ni encender la computadora..." (Cecilia, lesbiana)

Las mujeres feministas se encuentran en constante crecimiento debido a su trabajo profesional (una psicóloga y otra socióloga) Sin embargo para ellas la superación personal está ligada a su quehacer profesional o político. Al igual que las amas de casa, no se distingue un proyecto propio o personal, sin dar y dedicarse a otros. Esto refleja que la autoestima de la mayoría de estas mujeres está muy deteriorada y ello contribuye a inhibir no sólo su desarrollo social sino incluso personal.

En mi estudio recurro a la noción de superación personal como una práctica intencional de aproximación a sí misma en dirección a la transformación y la toma de conciencia de sí. El autocuidado y el empoderamiento son ejercicios mediante los cuales buscamos transformarnos en nuestras propias creadoras y acceder a dimensiones tales como la percepción de la soberanía, la toma de control del sí misma y el gozo de sabernos nuestras dueñas; libres de las presiones de los imaginarios sociales que nos demandan un cuerpo y una sexualidad para otros. Sin embargo el cuerpo como territorio libre y soberano es más una aspiración a construir, vivimos una falta de los derechos humanos que en la vida real se opone a la realización personal y por el contrario la transforman en fuente de equívocos y malestares.

También es pertinente señalar que un asunto es la superación personal de una misma y otro que se intente sustituir o traspasar las tareas que no quiere asumir el Estado mexicano. Planteo esto porque en la última década tanto los partidos políticos, como algunos gobiernos estatales y el gobierno federal mismo, se han plantado enunciaciones maravillosas de políticas sociales con perspectiva

de género pero con escasa voluntad política o nulos presupuestos. La diferencia considero que radica en cómo se entiende la participación y el poder. En ese sentido, habría que ver si el autocuidado y la superación personal de las mujeres en la menopausia es resultado del empoderamiento, autonomía y participación en decisiones y evaluaciones, o si sólo se adhieren o se alinean a políticas y programas que les trazan las tareas y responsabilidades que ellas deben asumir en su cuidado y superación personal.

Contribuir al desarrollo personal y a la autoestima de las mujeres es una pauta de las acciones de género. Lograrlo es, de hecho, un avance y tiene un sentido político ligado a la acción defensora de las mujeres. Sin embargo, la derecha también se ocupa de la superación personal y la autoestima, promoviendo una suerte de autoestima espiritual cifrada en una voluntad manipulable, a cambio de no transformar las condiciones de vida de las mujeres (Lagarde, 2000) Pese a ello, con el avance y la capacidad real de incidir en cambios a favor de las mujeres, se ha ido estableciendo una vía política para denunciar y erradicar la violencia de género, la falta de alternativas y oportunidades para las mujeres.

Conclusiones

Al proponerme investigar qué pasaba con las mujeres al arribar éstas a la fase de la menopausia, encontré necesario partir del análisis social acerca del cuerpo femenino para poder interpretar una etapa del ciclo de vida de las mujeres mexicanas en el contexto de la ciudad de México.

Una característica de la cultura del capitalismo actual es, sin duda, la especial centralidad que guarda el cuerpo (especialmente el femenino) como espacio de consumo, como agente social activo. Su protagonismo se observa en diferentes esferas del mundo contemporáneo. Lo encontramos en el centro de los debates y de la lucha política sobre la identidad sexual y de género, así como en la denuncia ciudadana de la violación o la tortura. Lo hallamos en el imaginario evocado por biotecnologías como la fecundación asistida, la clonación, las técnicas de recombinación del ADN o en la prolongación artificial de la vida. Adquiere también un papel destacado en las prácticas cotidianas, como son las nuevas rutinas basadas en la dieta y la gimnasia para la consecución de determinadas metas estéticas, así como en la cultura del consumo con su bombardeo de imágenes creadoras de necesidades y deseos corporales.

En este contexto, el cuerpo adquiere una especial centralidad, pues es a la vez uno de los espacios privilegiados del consumo y uno de los objetos más frecuentemente mercantilizados: el cuerpo como agente activo del consumo (el cuerpo-consumidor) y el cuerpo como mercancía sujeta a la lógica de la globalización (el cuerpo-consumido). En el mismo tenor, el cuerpo "menopáusico" no escapa a esa condición de mercancía, las mujeres de mediana edad son presas de un sin fin de propuestas a fin de lograr la eterna juventud, aumentar el apetito sexual y ahora en el nuevo milenio también se sugiere la reproducción asistida.

Esta centralidad del cuerpo en la vida social y en el paisaje intelectual contemporáneos ha sido puesta en evidencia por diferentes autores. Emily Martin (1992), por ejemplo, nos habla de las reconfiguraciones a las que ha sido sometido el conjunto de ideas y prácticas sobre el cuerpo (también Orobitg, 1999). Csordas (1994) ha relacionado la primacía del cuerpo con la cultura del consumo a la vez que ha defendido un uso conceptual más preciso: no deberíamos hablar sólo de cuerpos (body) como entidades materiales, sino también de corporalidades y procesos de incorporación como procesos culturales (embodiment). Terence Turner (1994), por su parte, entiende que el énfasis en el cuerpo no es otra cosa que el reflejo del individualismo consumista del capitalismo tardío que ha tendido a localizar en una nueva entidad socialmente sagrada (el cuerpo) un conjunto de construcciones culturales como la identidad y de fenómenos sociales como las relaciones de producción. El cuerpo es entonces, uno de los conceptos más utilizados en las ciencias sociales, en la crítica de arte y en los nuevos discursos humanísticos. Quizá, como indica Turner, esto no sea más que, de nuevo, el reflejo de las nuevas representaciones del capitalismo, incluyendo las formas de lucha política de la sociedad civil que desde la década de los sesenta reivindican el cuerpo como espacio de libertad individual.

Siguiendo a Turner (1994), sobre las relaciones sociales de producción se superponen hoy día toda una serie de relaciones corporales de producción individual y de consumo. El cuerpo-ciudadano ante el televisor consumiendo mensajes publicitarios construidos a partir de otros cuerpos o fragmentos corporales, el individuo-consumidor haciendo uso de las nuevas tecnologías, el cuerpo bulímico, anoréxico o menopáusico interiorizando, incorporando y consumiendo determinados cánones estéticos.

Ante la supremacía que ha adquirido el cuerpo, la mujer que incursiona por la menopausia es hoy considerada como deficitaria de salud, pues el discurso

ARCHIVO HISTORICO

hegemónico de la medicina alópata concibe y promueve la menopausia como una enfermedad, como un asunto femenino que se debe medicar.

Como se ha descrito en el capítulo: "la historia de la menopausia en la medicina", la menopausia ha existido siempre pero eran escasas las mujeres que la experimentaban pues el periodo de vida era más corto que en la actualidad. Razón por la cual, la manera en que diversas disciplinas han ido abordando el fenómeno menopáusico ha cambiado porque la longevidad de las mujeres ha ido también cambiando.

Desde mediados del siglo XX la atención sobre la menopausia ha estado centrada en los cambios fisiológicos, en las deficiencias de estrógenos y en las consecuencias físicas y de salud para las mujeres; esta postura la ha asumido la perspectiva médica hegemónica controlada, en gran medida, por la industria farmacéutica y los monopolios que definen las estrategias y políticas de salud de la población en general y de las mujeres en particular. Como ha sido expuesto en el desarrollo de la presente investigación, la explicación médica define la menopausia como una enfermedad. Por consiguiente los esfuerzos son dirigidos hacia la búsqueda de la cura. La menopausia vista entonces como una enfermedad, como entidad individual, natural y fragmentada en patologías específicas que afectan a determinadas zonas corporales (ovarios, útero), es vivida como una experiencia individual descontextualizada de los procesos socio-culturales que la generan. Es dramático, a la vez que muy representativo, que en algunos sectores sociales, por ejemplo, las mujeres climatéricas tengan acceso gratuito a medicamentos y, en cambio, los alimentos y el descanso tan necesario para la salud no sean accesibles para la mayoría de las mujeres que han desempeñado doble y hasta triples jornadas la mayor parte de sus vidas.

Antaño, en el mundo de las ciencias naturales (baluarte indiscutible del conocimiento moderno), fundamentalmente en el campo de la biología y la

medicina se han llevado a cabo un gran número de estudios sobre problemas de la mujer (entendiendo el término mujer como sexo biológico). Por una parte esto se entendía como ocuparse de la mujer, hacer "visible" a la "invisible", ocuparse de su salud y de su cuerpo (muchas veces olvidado o dejado de lado por el saber oficial). Inicialmente fue la liberación sexual a través de la anticoncepción, tema polémico que no pasó desapercibido para muchas mujeres-feministas que se cuestionaron. ¿Cuál era el sexo que quedaba realmente liberado? Tal problemática remitía inexorablemente al tema de la maternidad, defendiéndose el carácter social y no natural de la misma, por aquellas/os que estaban sensibilizados con el tema de la igualdad entre los sexos. No obstante, otros temas no corrieron la misma suerte. Aspectos que se conciben como "naturales" de caracteres anatómico-fisiológicos y propios del sexo -entendido este como un hecho desnudo sin contaminación social- comenzaron a ser objeto de estudio desde la ciencia oficial.

La menarquia y la menopausia son, entre otros, algunos de esos temas objeto de investigación. Nadie niega su "naturaleza biológica" pero sí se oculta que su comprensión y explicitación también es social y cultural. ¿Por qué si no a la primera se la entiende como el anuncio de "ya soy mujer" y a la segunda se la identifica con "el ocaso y muerte de la feminidad"?

Uno y otro fenómeno enmarcan el inicio y el fin del período biológico en el que la mujer es fértil. ¿Sin embargo es y debe ser la capacidad reproductiva lo que da sentido a la vida de una mujer?

¿Qué experiencias rodean y marcan las vidas de los hombres cuando éstos cuentan entre 45 y 50 años? Es cierto que no se les va la menstruación que jamás han tenido. No obstante ¿no pierden ellos a sus padres?, ¿no se alejan de ellos sus hijos?, ¿no pierden garbo y porte juvenil?', ¿no sienten disminución o alteración del apetito sexual?

Contestar de modo negativo a todas estas interrogantes sería negar la evidencia, contestar que sí nos enfrenta al problema de tener que explicar el por qué en el caso del varón todas esa pérdidas no se viven como tan exageradamente traumatizantes y castrantes como en el caso de la mujer. La respuesta la hallaremos con notable facilidad si nos detenemos a analizar las pérdidas referidas. La primera de ellas, la pérdida de la capacidad reproductora en ese período de vida es obvio que sólo incumbe a la mujer, pero además la incumbe de un modo muy especial en tanto en cuanto alude al aspecto que históricamente y por antonomasia dio sentido a la vida de la mujer: el ser madre.

Entre las pérdidas más significativas en la mediana edad, aludimos al hecho de que los hijos abandonen el hogar paterno/materno y a la posible muerte de los progenitores; hijos y padres son para la mujer no sólo un peculiar e intenso lazo afectivo, son a la vez una razón y justificación de su existencia y de su quehacer diario. El cuidado de niños y viejos, la crianza y la educación de la prole marcan el ritmo de la vida de muchas mujeres. Estas terribles pérdidas se inscriben en el ámbito privado y doméstico, feudo femenino por excelencia. Ámbito en el que se administran los afectos y sus derivados que son los bienes que la mujer administra. Otra pérdida, el de la juventud y de las posibles repercusiones que puede tener sobre los deseos sexuales, puede ser aprehendido desde un esquema conceptual muy similar.

Por tales razones para la perspectiva feminista la menopausia ha de verse como una parte del ciclo de vida que todas las mujeres experimentan en su realidad contextual, por lo que la explicación médica no sólo es insuficiente, sino que es vista como opresiva por enfatizar en la realidad biológica y descuidar la realidad sociocultural en que viven las mujeres bajo una cultura patriarcal. En ese sentido, se cuestiona el recetar o psicologizar aquellos malestares claramente relacionados con factores económicos (la feminización de la pobreza), sociales (división social del trabajo en productivo y reproductivo) y/o culturales (reglas de

conducta de obligado cumplimiento en razón del modelo de género femenino culturalmente impuesto) (Reitz, 1997)

Sin descartar los cambios fisiológicos que se presentan en las mujeres, la visión feminista hace hincapié en la dimensión sociocultural de la menopausia. En sus aportes se explicitan y cuestionan significados, mitos y simbolismos que nuestra cultura ha desplegado alrededor de la menopausia, los cuales afectan el desarrollo integral de las mujeres y la dificultad para aceptar la menopausia como parte de su ciclo de vida.

Entre los mitos más populares construidos alrededor de la menopausia, el feminismo destaca los siguientes:

a) Los relacionados con estados depresivos y hasta de locura en las mujeres (Basaglia, 1983) La depresión en las mujeres no es específica en este momento de la vida; tiene mucho que ver con las condiciones particulares de cada una y con las dificultades para mantener un buen grado de autoestima (Sheehy, 1993)

De la experiencia reportada por las mujeres que participaron en la presente investigación, se puede afirmar que la menopausia es una etapa de múltiples vivencias, cuyo valor subjetivo depende del grado de autonomía, desarrollo y autoestima que las mujeres hayan logrado a lo largo de su historia personal, de pareja y familiar. Como ellas mismas lo manifestaron, durante la menopausia sobrevienen una serie de dificultades emocionales no directamente atribuibles a cambios biológicos, sino a la necesidad de ajustarse a nuevas circunstancias de vida. No está de más recordar que alrededor de la quinta década de existencia suelen hacerse presentes algunos cambios familiares y de salud que interfieren con los cambios propios de la menopausia. Por ello es importante que cada mujer distinga los sucesos que se presentan en su vida familiar, su desempeño laboral o

profesional y la posición que ella ocupa dentro de su contexto social, para poder separar lo que es y no es atribuible al climaterio femenino.

Según lo difundido por el discurso médico, hasta hace poco tiempo se pensaba que los distintos cambios hormonales que se presentan con la menopausia originaban en la mujer un sin fin de padecimientos físicos, emocionales o mentales. Sin embargo, cinco de las seis mujeres entrevistadas, señalan que existen otros sucesos que coinciden con esta etapa que alteran su estado de ánimo y el rumbo de vida de las mujeres, como son:

1) El proceso biológico de envejecimiento y la crisis de la edad madura, que genera angustia por temor a la vejez.

2) La depresión que puede provocar la pérdida de la imagen corporal

3) La marginación social y laboral de la que son objeto por su edad.

Conocer y controlar los cambios que se suscitan con la menopausia significa asumir su relación y postura frente a la edad madura, las vicisitudes que se presentan en el cuerpo, la mente y la vida toda. La valoración subjetiva que las mujeres entrevistadas le dan a la menopausia se hace evidente al identificar su acuerdo o desacuerdo hacia hechos comunes que se manifiestan en la vida cotidiana, como la sexualidad, la reproducción y la autoestima. Como se describe en el capítulo quinto de este estudio, mientras más favorable es la posición de la mujer respecto a estos hechos, mejor es su apreciación respecto a la menopausia.

b) Otro mito de la menopausia es que se le asocia a la pérdida del disfrute sexual de las mujeres en su mediana edad. Se relaciona menopausia con fin, pero conviene precisar qué es lo que termina: el fin de los ciclos menstruales significa la no fertilidad biológica. No obstante, esto no quiere decir que las mujeres van a

perder la capacidad de disfrutar de sus relaciones sexuales, pues en la especie humana la reproducción y el placer sexual son hechos que no están necesariamente vinculados. Sin embargo, para muchas mujeres la reproducción se ha considerado como una de las funciones más importantes que las mujeres tienen en la sociedad (Cobb, 1993)

Durante el desarrollo de la vida humana, el desempeño sexual suele ser muy variable y depende de diversos factores como el estado emocional, la relación con la pareja, los conocimientos sobre el tema y las condiciones biológicas del cuerpo. Como se sabe, al inicio de los cuarenta años el cuerpo empieza a dar señales de reducción de estrógenos y progesterona pudiendo traer con ello irritabilidad, depresión o inestabilidad emocional. Sin embargo, como las mujeres de esta investigación nos relatan, las condiciones como el estrés, las largas jornadas de trabajo, la falta de tiempo libre, y la salud de la pareja, influirán también en el aumento o disminución del deseo sexual durante la menopausia.

Hoy en día la vida cotidiana ha marcado nuevas pautas de convivencia sexual entre las personas. Dentro de este marco, reconocer que la vida sexual puede disfrutarse plenamente durante el climaterio es un hecho, dependiendo en forma determinante de las condiciones económicas, sociales y emocionales que cada mujer viva por lo que el desempeño sexual de la mujer no debería ser atribuible sólo a los cambios de tipo hormonal.

La manera en como sentimos nuestras necesidades es siempre subjetiva, de tal forma que hablar de verdadera satisfacción sexual es, también, subjetivo. Las presiones sociales, promovidas por diversos medios, para que las personas encuentren cierto nivel de satisfacción sexual no obligan a las personas a lograrla. La necesidad de una vida sexual satisfactoria -subjetiva- puede coincidir o no con las necesidades que surgen en situaciones objetivas con influencia en la vida cotidiana. De ahí que el presente trabajo de investigación reconozca la diversidad

en las preferencias sexuales, y los modos o formas de vida sexual que las mujeres utilizan para la satisfacción de sus necesidades sexuales durante la menopausia.

Definir y evaluar los niveles o momentos de satisfacción sexual durante la menopausia no basta. A partir de las diferentes experiencias narradas en este trabajo, sería más importante reconocer las posibilidades que cada mujer tiene para lograr un estado emocional más agradable o menos frustrante. Pues a pesar de que el juicio de la satisfacción sexual, es individual y subjetivo, cuando ésta es negada es altamente probable que se le ubique en una condición de frustración y por ende, en un lugar de enfermedad, como hasta ahora ha sido colocada la situación de la mujer que atraviesa la menopausia. Los derechos sexuales incluyen el derecho a negarse a las interacciones sexuales que no se desean, y a procurar las que sí interesan. La falta de estos derechos sexuales son síntomas de desigualdad de género, entre otras diferencias.

De acuerdo a lo expresado por las mujeres participantes en este estudio, no existen espacios a donde ellas puedan recurrir para abordar sus dudas, inquietudes o reflexiones respecto a su sexualidad y la menopausia. Por ejemplo, las mujeres lesbianas entrevistadas en este estudio tienen la percepción de que los médicos en general no saben casi nada acerca de la sexualidad lésbica o que algunos la consideran aún como una desviación. Los ginecólogos no tienen un protocolo que incluya a las lesbianas, y varios de ellos siguen abordando la sexualidad de las mujeres como si todas fueran heterosexuales. Por esta razón, es poco frecuente que las mujeres lesbianas expliciten problemas de salud que tengan que ver con su preferencia sexual. A una escala mayor, se observa que en los programas de salud pública tampoco se incluyen acciones sanitarias específicas para mujeres con preferencia homosexual. Por lo que sería conveniente el desarrollo de centros multidisciplinarios de apoyo a mujeres en el climaterio que, entre otras actividades, podrían informar y orientar a la diversidad de mujeres sobre la menopausia y sus posibles efectos, a fin de propiciar su

desarrollo, autoestima y capacidad productiva en distintos terrenos. El trabajo en la salud con las mujeres ha podido demostrar que las medidas preventivas como la buena nutrición, los cambios de estilo de vida, el ejercicio y la detección oportuna de enfermedades pueden influir favorablemente en la salud y la calidad de vida de la mujer posmenopáusica. Sin embargo, como lo han demostrado las mujeres participantes en este estudio, la experiencia subjetiva de la menopausia atraviesa de manera determinante por el carácter social y económico con el que cada mujer cuenta para hacer frente a los retos que ese nuevo periodo de vida les impone.

c) Un mito más es que, al contraponer la menopausia a la menarquia como estado ésta última de juventud, florecimiento sexual, y de energía, a la menopausia se le relaciona, en oposición, con vejez, pérdida de salud y belleza, con desvanecimiento sexual, con malestares y sentimientos de inutilidad.

Ante la diversidad de situaciones que las mujeres afrontan a lo largo de sus vidas, la menopausia puede acontecer cuando algunas mujeres adultas se encuentran ubicadas en un contexto social, en donde la experiencia, las metas alcanzadas y la productividad tienen una revaloración importante. Paralelamente, es el momento en que las capacidades físicas y psíquicas inician un cambio notorio, tanto en la mujer como en el varón. Sin embargo, con cierta frecuencia, el inicio de los cambios fisiológicos tiene relación con algunas pérdidas o duelos significativos (empleo, amigos, familiares, pareja y hasta capacidades físicas) En la mujer, estará marcando el declive paulatino de la etapa reproductiva; en el hombre, su productividad y sexualidad quizás también vayan gradualmente decayendo. En ambos, la percepción de su imagen corporal, su vida social y sexual vislumbra transformaciones. No obstante, la menopausia resulta más complicada para las mujeres por el gran peso cultural que se le da a la juventud y a la maternidad. Un hombre que embaraza a una mujer cuando él se encuentra por arriba de los 50 años de edad, se le admira. En cambio, una mujer que se

embaraza a la misma edad es considerada, por lo menos, como loca. Un hombre en la mediana edad, se dice que está "maduro", en tanto una mujer en esta etapa de su vida es probable que se le considere como "más vieja".

De las muchas connotaciones de la menopausia, incluyendo la pérdida de la capacidad reproductiva y las posibles alteraciones en la respuesta sexual, ninguna es más negada con mayor energía que la implicación de que la mujer después de la menopausia está envejeciendo. Envejecer es más difícil para las mujeres en nuestro ámbito cultural. Los resultados de la presente investigación muestran mayor preocupación de las mujeres a envejecer que a la pérdida de su capacidad reproductiva. No importa si son amas de casa, feministas o lesbianas, para las participantes en este estudio, la menopausia significa proximidad a la vejez y con ello la consiguiente aparición de enfermedades crónico-degenerativas, acompañadas en ocasiones de soledad y hasta la muerte propia o de personas cercanas.

d) Un mito también recurrente es la idea de que la menopausia aparece de un día para otro. En realidad el proceso menopáusico dura varios años, pues la disminución hormonal se va dando en forma paulatina. Este proceso se da en tres etapas: en la perimenopausia se experimenta la irregularidad en duración y cantidad de los períodos menstruales; en la menopausia propiamente dicha, se deja de menstruar y en la postmenopausia se recobra el equilibrio hormonal que el cuerpo de cada mujer requiere (Aburdene y Naisbitt, 1993)

En la actualidad se reconoce la relación biológica entre los estrógenos y varias sustancias neurotransmisoras. Sin embargo, es importante identificar las diferentes causas que pueden motivar algún malestar físico o psicológico, como el estrés o algún cambio sociocultural, pues estos cambios también impactan aunque de forma distinta a cada mujer, dependiendo también del ambiente familiar, profesional y social en el que cada de cada una de ellas se desenvuelva. La

menopausia no sólo es una etapa que se distingue por ser el fin de la vida reproductiva o el periodo durante el cual se manifiestan una serie de síntomas como bochornos, cefalea, etc., sino que también es un periodo de transición, reencuentros y cambios físicos y psicológicos que la mujer debe asumir para poder planear su futuro. A partir de esta consideración se puede afirmar que, la experiencia subjetiva de la menopausia no está determinada primordialmente por los aspectos biológicos de los padecimientos, sino por las circunstancias sociales que rodean a las mujeres. En este sentido se puede aseverar que si bien la sociedad determina la manera en que el cuerpo es percibido, es innegable que la experiencia física del cuerpo apuntala, al mismo tiempo, una visión específica de la sociedad (Castro, 2000) Así lo muestran, en el capítulo quinto, las mujeres que participaron en esta investigación: amas de casa, feministas y lesbianas, quienes interiorizan de manera semejante la forma peyorativa de concebir la menopausia que prevalece en la sociedad mexicana.

Por otro lado, con la participación cada vez mayor de mujeres preocupadas por la calidad de vida de éstas, se ha ido integrando e insistiendo en la necesidad de un enfoque interdisciplinario en los estudio de la mujer. En este sentido la perspectiva integradora sobre la menopausia, que es desde donde se desarrolla el presente estudio, enfatiza en el hecho de que la menopausia es un proceso de desarrollo complejo que viven las mujeres en la mediana edad y que engloba la realidad integral de las mujeres. La coexistencia de diversos discursos sobre la menopausia propicia una posición que incluye la preocupación por la comprensión del proceso menopáusico como un fenómeno polidimensional que repercute en las mujeres como seres integrales.

Pensar la menopausia desde, por y para las mujeres es una tarea inconclusa que ofrece problemas a cada paso, como es el resistirse al conocimiento científico e incluso contravenir muchas de sus máximas. No obstante, es a la vez una tarea apasionante para quien se siente digna dentro de

un cuerpo de mujer (valorando las múltiples experiencias que nuestra corporalidad nos aporta) y no atrapada en él. Esta tarea es un trabajo crítico-reconstructivo, que nos obliga a enfrentarnos a prejuicios y a estar vigilantes al entorno sociocultural, pero que a la vez nos exige dar paso a la construcción de un nuevo orden simbólico que nos permite mostrar lo que es y debe ser un mundo en femenino con una nueva civilización.

Algunas teóricas de la diferencia sexual (Sendón, 2002, Braidotti, 2000) postulan una nueva civilización, como una forma de llevar a la práctica una política de disidencia, de ruptura con lo establecido. En palabras de Rosi Braidotti:

> "La noción de diferencia sexual es un proyecto cuyo objetivo consiste en establecer condiciones tanto materiales como intelectuales que permitan a las mujeres producir valores alternativos para expresar otras formas de conocimiento... En dicho proyecto lo que está en juego no es solamente el estatuto de las mujeres. Lo que está en juego es la elección de una civilización asentada en el repudio del sexismo y del racismo y en la aceptación de las diferencias, no sólo en términos de normas legales, formales sino también en el reconocimiento más profundo de que únicamente la multiplicidad, la complejidad y la diversidad pueden proporcionarnos la fuerza y la inspiración para enfrentar los desafíos de nuestro mundo". (Braidotti, 2000: 22).

En principio puede parecer que el cambio de civilización, de orden simbólico es algo mesiánico, pero su posibilidad está íntimamente vinculada a la concepción de política o de acción política que se detente y a la eficacia de la lucha por subvertir ese orden y las prácticas discursivas que legitiman el espacio político emanado del mismo. La propuesta de la política de lo simbólico es la configuración, de nuevas subjetividades femeninas a la hora de combatir la dimensión simbólica de la dominación masculina de la que habla Bourdieu.

Pierre Bourdieu afirma que la noción de violencia simbólica desempeña un papel fundamental a la hora de explicar el fenómeno de la dominación en general y, en concreto, de la dominación masculina. Este tipo de violencia simbólica,

invisible para sus propias víctimas, se ejerce fundamentalmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento, de tal forma que los dominados asimilan unos esquemas de pensamiento y percepción estructurados de acuerdo con la relación de dominación que se les ha impuesto, resultando que sus actos de conocimiento son, inevitablemente, actos de reconocimiento, de sumisión. De este modo la noción de violencia simbólica se ejerce sobre un agente con el consentimiento de éste, entendiendo que consentimiento es desconocimiento. Se acepta una violencia que se desconoce como tal pues el sujeto vive en la aceptación del mundo "tal como es", un mundo social en el que ha sido socializado y que por ello le resulta autoevidente. Sin embargo el orden simbólico no es un orden natural, es una construcción cultural que es contestada por lo que el propio Bourdieu denomina discursos heréticos (Bourdieu, 2000)

Los discursos heréticos son aquellos discursos que proponen nuevos significados capaces de refutar el orden establecido. En oposición a los discursos ortodoxos, que legitiman y justifican el orden establecido, que procuran la reproducción de lo ya pensado y sabido, que "tienden a cerrar el abanico de lo posible", los discursos heréticos "tienden a abrir el porvenir", a pensar lo no pensado, a enjuiciar la realidad desde otra perspectiva. En realidad –afirma Bourdieu- los discursos heréticos lo que hacen es legitimar una forma de ver, de vivir el mundo hasta ese momento deslegitimada pero llevada a la práctica por colectivos o grupos que manifiestan un malestar o descontento difuso o confuso con lo nombrable y pensable por el orden simbólico. Lo que proporcionan esos discursos heréticos será precisamente la articulación entre los nuevos significados y la construcción/legitimación de nuevas identidades ajenas a las categorías de percepción y de conocimiento del orden establecido (Bourdieu, 2000)

El discurso de la diferencia sexual o la política de lo simbólico lo podemos entender como discurso herético en cuanto que cumple, por una parte, las características enunciadas por Bourdieu para los discursos heréticos, cuestiona el carácter androcéntrico del orden simbólico vigente y, por otra parte, se propone la configuración de nuevas identidades (subjetividades) en torno a la categoría de diferencia sexual (categoría que no tiene reconocimiento en el orden existente) y parte de una práctica vivida de un modo tácito por muchas mujeres: la experiencia de inadecuación, de malestar de muchas mujeres con un sistema androcéntrico, es decir, con un sistema hecho a partir de la experiencia de los varones.

El tema de la menopausia podría generar un discurso herético en las mujeres de mediana edad y debería tener prioridad en la agenda feminista actual, por las siguientes razones:

1) El impacto que la medicalización y psicologización que esta fase de la vida de las mujeres está teniendo.

2) Por la falta de información y perspectiva crítica sobre lo que está sucediendo con la salud en esta etapa de la vida

3) Por la marginación económica y social de las mujeres atribuible, entre otras razones, a su edad.

Indudablemente habrá que analizar, en cada mujer, cuál es su prioridad: habrá veces que será necesario empezar por lo biológico porque la persona está muy deteriorada físicamente; otras veces es preciso empezar por lo psicológico y otras por las condiciones de vida y trabajo. Atender estos problemas en toda su dimensión, supondrá mejoras en otros aspectos de la vida de las mujeres.

De la misma forma considero que la experiencia de las mujeres sobre la menopausia es inseparable de su contexto sociocultural y de la significación personal que cada mujer le da a este evento de su ciclo biológico. Razón por la cual es importante prestar atención a lo que dicen las mujeres de diferentes sectores y clases sociales, de diferentes preferencias sexuales y posturas políticas. También es necesario seguir construyendo un conocimiento que permita incorporar el sentir y el saber de las mujeres durante la etapa de la menopausia para poder ir rompiendo estereotipos y formas aprehendidas, frecuentemente equivocadas, de lo que son las mujeres que atraviesan por un cambio más en su ciclo de vida.

La teoría social feminista no debe pasar por alto o mantenerse al margen de los nuevos descubrimientos del siglo XXI de la biomedicina. Por ejemplo, además de las ganancias millonarias que se llevarán sus productores, ¿qué efectos en la salud de las mujeres tendrá la pastilla anticonceptiva (Lybrel) que elimina por completo el periodo menstrual y que fue lanzada al mercado estadounidense en mayo del 2007? Según estudios realizados en más de 2,400 mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y los 49 años, señalan que Lybrel es un contraceptivo eficaz y que además suprime la menstruación en el primer año de su uso (Wordpress, 2007) Este tipo de medicamento puede tener consecuencias importantes para la salud de las mujeres que aún desconocemos. De ninguna manera creo que la ciencia médica ignore la trascendencia del ciclo menstrual como para decir con confianza que ésta se puede abolir sin consecuencias. Lo paradójico es que, mientras el debate acerca del tratamiento hormonal sustitutivo (que promueve el uso de estrógenos o progestágenos) no termina, en el otro extremo ya se vende un producto que elimina por completo la menstruación. La pregunta es: ¿las mujeres deben prolongar o suprimir su ciclo menstrual? ¿Las mujeres deciden por su cuerpo? ¿Las mujeres resuelven qué hacer en cada uno de sus ciclos de vida? O ¿Quién decide por ellas?

Otra disyuntiva en relación con el cuerpo de las mujeres se presenta con las nuevas técnicas de reproducción asistida en mujeres pos-menopáusicas. Este tipo de técnicas es ya una realidad en los países desarrollados: Estados Unidos, Francia, España y otros países, en donde mujeres de más de 60 años han roto el paradigma de la no reproducción después de la menopausia, pariendo hij@s a edades nunca antes vista en la historia de la humanidad. Aunque en México la reproducción asistida no es una demanda de las mujeres pos-menopáusicas, no debe descartarse que las mujeres de este país y de otros países pobres puedan ser utilizadas en experimentos para este tipo de nuevas prácticas reproductivas. La incorporación de la teoría social feminista al debate de la bioética, es imprescindible frente a los ejemplos anteriores y ante otros hechos similares que están por venir en el presente siglo. De acuerdo con Correa y Petchesky, una lectura ética desde el feminismo reconoce como principios básicos los siguientes: el respeto a la integridad corporal, el respeto a la capacidad de ejercer como personas y el reconocimiento de la diversidad y la equidad, tanto de género como de grupos sociales (Correa y Petchesky, 1994)

La integridad corporal incluye tanto el derecho de la persona a que no se le prive de su capacidad sexual y reproductiva como su derecho a la integridad de su persona física. La integridad corporal también implica derechos afirmativos a disfrutar del pleno potencial del propio cuerpo: para la salud, la procreación, y la sexualidad.

El principio del reconocimiento del ejercicio como persona trata a todas personas como actores principales en la toma de decisiones en materia de reproducción y sexualidad, como sujetos y no meramente como objetos, como fines y no únicamente como medios de las políticas y los programas que influyen sobre sus dinamismos vitales.

El principio del reconocimiento de la diversidad supone respeto por las diferencias entre las personas en términos o función de sus valores, cultura, religión, orientación sexual, condición familiar o de salud, entre otras.

El desarrollo de la biología humana en el presente siglo es aún un enigma y la demanda por el derecho a la salud de las mujeres, bajo una perspectiva de género, es materia obligada para evitar que las mujeres dejen de ser sólo objetos de la ciencia y sean consideradas sujetos de derecho.

Las instituciones académicas que cuentan con estudios de la mujer, así como las instancias gubernamentales y privadas que desarrollan trabajo o investigación con mujeres, deberán considerar que los cambios sociodemográficos muestra un incremento en el número de mujeres en edad del climaterio y que, la menopausia se puede provocar (con cirugía y ahora con anticonceptivos), o se puede aplazar (tratamiento hormonal sustitutivo) pero antes o después, es un hecho ineludible en la vida de las mujeres adultas. De igual modo, si la menopausia en nuestro país es todavía considerada como un símbolo de vejez y finitud, un esfuerzo interinstitucional podría estar encaminado a relacionar la menopausia con otros símbolos positivos que le permitan a la mujer mexicana no sólo vivir más, sino con calidad y en las mejores condiciones posibles.

La teoría social feminista, en específico la teoría de la diferencia sexual, propone una estrategia denominada política de lo simbólico (Mayobre, 2007) desde donde se puede innovar no sólo la concepción de la menopausia, que ha sido forjada por una visión parcial sino toda una propuesta política de transformación de las relaciones sociales y de concepción del mundo actual. Para efectos del tema que a esta tesis atañe, planteo resignificar la menopausia a través de los siguientes lineamientos de la política de lo simbólico:

1.- El punto de partida es proponer una nueva valoración de la menopausia. Abrir la posibilidad a lo no pensado, a pensar que haya un orden simbólico del mundo capaz de restituir significación al hecho de que hombres y mujeres -y no hombres solos- viven en este mundo.

2.- Las acciones para lograr un nuevo significado de la menopausia no se ejercen a nivel macropolítico sino a nivel micropolítico, de micro-resistencia, de desmantelamiento de mitos, creencias y saberes exclusivos acerca de la menopausia y del cuerpo femenino.

3.- La política de lo simbólico postula una transformación social a través de la configuración de nuevas subjetividades femeninas. Los sujetos no se conciben como portadores de una naturaleza estable ni como sujetos cerrados, sino que la identidad se entiende como inacabada, incompleta, parcial, histórica. Tampoco las estructuras se consideran cerradas. Es precisamente este concepto del sujeto como agente abierto, inacabado, múltiple, cambiante, y del orden simbólico con unas estructuras profundas, que modelan la realidad humana pero que no son inmodificables, lo que induce a la posibilidad de una nueva concepción y vivencia de la menopausia que nos permita reconstruirnos con otras experiencias distintas a las conocidas hasta ahora.

4.- La política de lo simbólico supone establecer un nuevo juego de lenguaje, un nuevo juego de verdad, un juego de verdad diferente. El discurso de la diferencia sexual construye un terreno para un juego de verdad diferente, nuevas reglas de lo que se puede decir o se puede percibir, un nuevo canon, una nueva medida, un principio de autoridad diferente. Desde de este nuevo juego de verdad se pretende lograr la producción de subjetividades femeninas a partir de prácticas discursivas y prácticas de la vida cotidiana que emanan de un orden simbólico femenino alternativo sobre la menopausia, a partir del saber y el decir de las propias mujeres y no del saber "científico" unilateral hasta ahora vigente.

5.- Política del partir de sí. El partir de sí consiste en tener en cuenta la propia experiencia vivida para pensar, hablar y actuar sobre nuestro cuerpo y nuestra menopausia. El partir de sí ha sido una práctica política consciente desde los grupos de autoconciencia en los que las mujeres expresaban su propia experiencia acerca de su propia menopausia. A partir de ahí se pretenderá elaborar un discurso herético que dé reconocimiento público a la reconfiguración de una nueva manera de replantear la menopausia, a partir de la propia relación con el mundo y a través de mediaciones femeninas. Al replicar las interpretaciones o narraciones impuestas las mujeres han de convertirse en un laboratorio de experimentación, han de inventarse, han de imaginar nuevas relaciones y nuevas figuraciones de la realidad.

6.- Para trascender el sentido peyorativo de la menopausia es fundamental la práctica de las relaciones propuesta por la política de lo simbólico. La práctica de las relaciones es una invención política de las mujeres que no tiene nada que ver con la práctica política institucional o con el ejercicio del poder. Es una práctica basada en los deseos y en los recursos personales, que se apoya en la responsabilidad personal y en la competencia para pensar y juzgar sobre el hacer que todas las personas tienen. En el centro de esta praxis política se pone la autoridad en oposición al poder. En tanto el poder instrumentaliza las relaciones, se limita a reproducir los códigos y normas existentes y homogeneiza el sentido del mundo, la autoridad es siempre relacional pues para ser necesita reconocimiento por parte de alguien; no se deriva del dinero, ni del prestigio conferido por los cargos o lo simbólico sino que significa exposición de sí, riesgo, dotación de sentido, capacidad de una mediación basada en la confianza y por eso capaz de hacer crecer. La práctica de las relaciones, basada en la autoridad, está vinculada a la capacidad de crear mundo, de permitir emerger lo imposible. En ese mismo sentido, las mujeres podemos generar y compartir conocimiento sobre la menopausia, desde diferentes instancias, foros y espacios, a partir de la autoridad que nos confiere el vivir en cuerpo de mujer. Hacerlo como las mujeres

en otros tiempos lo hacían (hasta antes que el saber médico se institucionalizara), es desarrollar una práctica de las relaciones.

En síntesis, considero que desde la política de lo simbólico es posible realizar acciones para modificar el obsoleto discurso sobre la menopausia y buscar su resignificación. El punto de partida no es un sujeto neutro y universal, que oculte la asimetría existente entre hombres y mujeres, sino la diferencia sexual, entendida como relacional y parcial, con lo que todas las categorías de poder pierden credibilidad. Lo trascendente es la situación provocada por un orden simbólico que presentándose como neutro segrega a las mujeres en general y a las que se encuentran en la menopausia en particular, como ha sido expuesto en la presente tesis.

BIBLIOGRAFÍA

Aburdene, Patricia y Naisbitt, John (1993) "La megatendencia de la menopausia" en *Megatendencia de la mujer*, Bogotá, Editorial Norma.

Alcoff, Linda (1989) "Feminismo cultural versus post-estructuralismo: la crisis de identidad en la teoría feminista", en *Seminaria*, vol.2, núm. 4, Buenos Aires.

Allison, Weir (1998) "The sacrificial logics of identity", citado por Dietiker Amsler en *La construcción de la identidad genérica de parteras del Distrito Federal,* Tesis de Maestría en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

Alonso, Luis Enrique (1995) "Sujeto y Discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa", en Juan Manuel Delgado y Juan Gutiérrez, *Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales,* Madrid, Editorial Síntesis.

American on Line- México, "Semana de Acción contra la osteoporosis", Enero, 2002: http:/www.aol@.com.

Barbieri, Teresita de (1996) "Certezas y malos entendidos sobre la categoría género", en Laura Guzmán Stein y Gilda Pacheco Oeamuno, *Estudios básicos de derechos humanos* IV, San José de Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

Barbre, Joy Webster (1993) "Meno-Boomers and Moral Guardians: an exploration of the cultural construction of the menopause", en Callahan, J. (edición a cargo de) *Menopause. A Midlife Passage*, Bloomington Indianápolis. Indiana University Press.

Barrán, Juan Pablo (1995) "Medicina y sociedad en el Uruguay del 900" en *La invención del cuerpo*, Tomo 3, Montevideo, Uruguay, Ed. Banda Oriental.

Basaglia, Franca (1980) "La mujer y la locura". En MARCOS, S.: Extemporáneos.

Basaglia, Franca (1983) *Mujer locura y sociedad,* Universidad Autónoma de Puebla, Puebla.

Beauvoir, Simone de (1981) *El segundo sexo.* Los hechos y los mitos. La experiencia vivida. Buenos Aires, Siglo XX.

Bepko, Claudia y Krestan, Jo-Ann (1990) *¿Por qué las mujeres no saben decir no?,* Buenos Aires, Vergara.

Berger Peter y Luckman Thomas (1986) *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu.

Beyene, Yewoubdar (1986) "Cultural significance and physiological manifestations of menopause. A biocultural analysis", en *Culture, Medicine and Psychiatry,* 10, 47-71.

Blasco Sonia (1996) *Una etapa vital, Menopausia*, pág. 19-21, Buenos Aires, Editorial Paidós.

Blumel Juan, Castelo-Branco Camil, Binfa Lorena (2000) et al. "Quality of life after the menopause: a population study". *Maturitas,* 34: 17-23.

Botella Lluisa, José (1990) *La edad crítica de la mujer*, Madrid, Salvat.

Bourdieu, Pierre (1990) *Sociedad y cultura,* México, Fondo de Cultura Económica.

_____, (1991) *El sentido*, Madrid, Taurus Humanidades.

_____, (2000) *La dominación masculina*, Barcelona, Editorial Anagrama.

Braidotti, Rosi (1991) *Patterns of dissonanace. A study of women in contemporary philosophy.* Cambrige, Polity Press.

_____, (1994) *Nomadic subjects.* Embodiment and sexual diference in Contemporary feminist theory, New York, Columbia University Press.

_____, (1998) "Sexual Difference, embodiment and becoming". *Companion to feministe philosophy.* Jaggar & Young.

_____, (2000) *Sujetos nómadas*, Barcelona, Paidós.

Burin, Mabel (1987) "Reflexiones sobre la crisis de la mediana edad en las mujeres", en *Estudio sobre la subjetividad femenina, mujeres y salud mental*, Buenos Aires, Argentina, Grupo Latinoamericano (GEL), Colección controversia.

Butler y Joan Scott (1992) *Feminist Theorize the Political*, New York, Routledge.

Butler, Judith (2001) *El género en disputa*, Programa Universitario de Estudios de Género, México, UNAM.

_____, (2001b) *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción.* Madrid, Cátedra.

Buzzi, Susana (2000) *El placer de ser mujer.* Guía de orientación para la menopausia, Barcelona, Editorial Juventud.

Cardaci, Dora y Álvarez, Lourdes (1980) *Mujeres y medicina. De cómo fuimos perdiendo nuestros cuerpos*, UAM-Xochimilco, México.

Carreño, Dolly (1987) "Una crisis vital en la mujer: la edad madura", en M. Burin, *Estudios sobre la subjetividad femenina, mujeres y salud mental*, Buenos Aires, Argentina, Grupo Editor Latinoamericano (GEL), Colección controversia.

Carril, Elina (2002) "El cuerpo en espera" en: *El cuerpo en psicoanálisis. Diálogos con la biología y la cultura*, Montevideo, Uruguay, Editorial APU.

Carrillo, Ana María (1988) "Sexualidad femenina ¿placer y opresión?", México, en *Revista Fem*, Número 71:11.

Casamadrid Pérez, María Elena (1986) *La mujer, sus síntomas y sus actitudes en la fase del climaterio*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.

Castañeda Salgado, Martha Patricia (1993) "El cuerpo y la sexualidad de las mujeres nauzontecas", en González Montes, *Mujeres y relaciones de género en Antropología Latinoamericana*, México, El Colegio de México.

Castaño, Dolores y Martínez, Isabel (1990) "Aspectos sicosociales en el envejecimiento de las mujeres", Anales de Psicología (2), pp. 159-168.

Castro, Pérez Roberto (1996) "En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo" en Ivonne Szasz y Susana Lerner, *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva*, México, El Colegio de México.

Castro, Pérez Roberto (2000) *La vida en la diversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarías, Cuernavaca, Morelos.

Centro Latinoamericano de Estudios Demográficos (CELADE), Boletín Núm., 40, s/fecha.

Chávez Ayala, Rubén (2001) *Correlatos psicosociales del climaterio*, Tesis de maestría en psicología social, México, Universidad Nacional Autónoma de México,

Cherry, Sheldon (1979) For Women of All Ages: A Gynecologist´s Guide to Modern Female Health Care (New York: Macmillan).

Cobb, Janine (1993) *Understanding Menopause*, Canada, Key Porter Books limite, p.20.

Colston, Anne (1991) "Tratamiento de la menopausia", en Howard Jones III, *Tratado de ginecología de Novak*, México, Mc Graw Hill Interamericana.

Conapo (2000) Consejo Nacional de Población, "Demandas de servicios de salud específicos para las mujeres", en Boletín de prensa, 28 de agosto; México.

Contreras de Lehr (1990) "La mujer y la vejez: situación de la mujer anciana en México", Washington, *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*, en OPS-AARP.

Correa Sonia y Rosalind, Petchesky (1994) "Reproductive and sexual rights: a feminist perspective", en G. Sen, A. Germain y L. Chen (Editors), Population Policies Reconsidered, *Health, empowerment and rights*, Harvard University Press, p.p. 107-123.

Cravioto, Ma. Del Carmen (1994) "El climaterio" en *Antología de la sexualidad humana*, Tomo II, México, Consejo Nacional de Población (CONAPO)

Csordas, Thomas (1994) Embodiment and Experience. Cambridge: Harvard University Press.

Diamond, Jed (1999) *La menopausia masculina.* Buenos Aires, Argentina, editorial Paidós.

Dicfalusy, E. (1996) "Menopause and the developing world", en M. Notelovitz y P. Van Keep, *The climateric in perspective*.

Domingo, Cristina (2004) "Menopausia natural: una mirada desde la homeopatía y la acupuntura" en *Mujer y Salud*, número 6, Madrid, España.

Ehrenreich, Bárbara y English, Deidre. (1973) "Complaints and Disordes. The Sexual Politics of Sckness", *The Feminist Press*, New York, University of New York.

_____, (1980) "'Inválidas' o contagiosas': sexismo en el saber y la práctica médica", en Cardaci, Dora y Álvarez Lourdes, *Mujeres y medicina. De cómo fuimos perdiendo nuestros cuerpos*. México, UAM-Xochimilco.

_____, (1990) *Por su propio bien*, Madrid, Taurus.

Elam, Diane (1997) "Hacia una solidaridad sin fundamento", Revista *Feminaria*, Núm. 20, Octubre, Buenos Aieres.

Encarta, Enciclopedia, Microsoft, 2000.

Flint, Marsha (1975) "The menopause: reward or punishment?" Psychosomatics, 16, 161-163.

Flores Migueles, Rocío (1994), "Terapias naturales para el cuidado de la menopausia, en *Terapias alternativas multiculturales* II, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Flores Velásquez, Alma Adoración (1994) *La sexualidad de las mujeres en el climaterio*, Tesis de licenciatura en psicología, México, Universidad Nacional Autónoma de México.

Foucault, Michel (1977) *El orden del discurso*, Barcelona, Tusquets.

_____, (1983) Vigilar y castigar, México, Siglo XXI.

_____, (1984) *Historia de la Sexualidad*, Tomo 1 La voluntad del saber, México, Siglo XXI,

_____, (1986) *Historia de la sexualidad*, Tomo 2: El uso de los placeres, México, Siglo XXI, p.7

_____, (1990) *La vida de los hombres infames. Genealogía del Poder*, Madrid, Ediciones de la Piqueta (Colección de Textos).

_____, (1991) *El nacimiento de la clínica*, Madrid, Siglo XXI.

_____, (1992) Microfísica del poder, Madrid, La Piqueta, 3a ed.

García, Luz María (1999), *La menopausia: formas de vida. Estudio comparativo: mujeres urbanas-mujeres rurales de México actual*, mimeo.

George, Theresa (1988) "Menopause: some interpretations of the results of a study among a non-western group", *Maturitas*, 10, 109-116-

Gergen, Kenneth (1992) *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona, Paidós.

Gergen, Kenneth (1996) *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*, Barcelona, Paidós.

Giménez, Gilberto (1996) "Identidad: análisis y teoría", en III *Coloquio Paul Kichhoff,* Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas.

Gómez, Adriana (1997) "Hablemos de menopausia", Asociación Colimense de Universitarios, Colima, México, en *Revista Géneros,* Año 2, Núm. 4.

Greenwood, Sadia (1992) *Menopausia sin ansiedad*, Bogotá, Editorial Norma.

Greer, Germaine. (1991) *El cambio: mujeres, vejez y menopausia*, Barcelona, España, Editorial Anagrama.

Griffin, Joyce (1977) "A cross-cultural investigation of behavioural changes at menopause", Social Science Journal, 14, 49-55.

Grosz, Elizabeth (1989) Sexual Subversions, Sydney, Allen & Unwin.

Gutiérrez, Elizabeth (2001) "Más allá del climaterio...Nuestra erótica sexualidad", Bogotá, en *Revista Colombiana de Menopausia*, Vol. 7, Núm. 3, Septiembre- Diciembre.

Hall, Judy (1995) *La mujer sabia. Vivir la menopausia con plenitud*, Madrid, Gaia Ediciones.

Harding, Sandra (1996) Ciencia y Feminismo, Madrid, Morata.

Hareven, Tamara (1978) "La última etapa: la adultez y la vejez históricas", en Erikson, E. *La Adultez*, México, Fondo de Cultura Económica.

Harlow, Siobán (1996) "La menopausia", en Ana Langer y Kathrin Tolbert, *Sexualidad y salud reproductiva en México*, México, Population Council, Edamex.

Hoffman, Lynn (1996) "Una postura reflexiva para la terapia familiar" en Mc Name, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*, Barcelona, Paidós.

Hunt, Kate, (1996) "¿Una cura para todas las enfermedades? Interpretación de la menopausia y las complicaciones del tratamiento hormonal sustitutivo", en Sue Wilkinson y Celia Kitzinger, *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*, Buenos Aires, Editorial Piadós.

INEGI (2000) Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Censo Nacional de Población, México.

Irigaray, Luce (1978) *Speculum. Espéculo de la otra mujer*, Madrid, Saltés, trad. Baralides Alberdi.

_____, (1982) *Ese sexo que no es uno*, Madrid, Saltés, trad. Silvia Tubert.

_____, (1985) *El cuerpo a cuerpo con la madre, el otro género de la naturaleza, el otro modo de sentir*, Madrid, editorial Saltés, cuadernos inacabados, Núm. 5.

_____, (1992) *Yo, tú nosotras*, Madrid, Cátedra-Universidad de Valencia-Instituto de la Mujer, trad. Pepa Linares.

Ibarlucía, Blanca (1984) "Reflexiones sobre la tercera edad", México, *Revista FEM*, Volumen 8, Núm. 32.

Izquierdo, María de Jesús (1993) La interdependencia de las actividades domésticas y el trabajo remunerado, Barcelona, Parlamento de Cataluña.

Jaidar, Matalobos Isabel (1998) "El apasionante arte de investigar" en *Encrucijadas Metodológicas en Ciencias Sociales*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Kaufert, Patricia (1982) "Myth and the menopause and medicalization", *Culture, Medicine and Psychiatry,* 10, 7-21.

Kristeva, Julia (1986) *Al comienzo era amor. Psicoanálisis y fe.* Gedisa, Buenos Aires, trad. Graciela Klein.

Kuhn, Thomas (1981) *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de Cultura Económica.

Laforest, Jacques (1991) *Introducción a la Gerontología*, Barcelona: Herder.

Lagarde, Marcela (1990) *Cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas,* México, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma De México.

_____, (2000) *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*, Madrid, Horas y horas.

Lamas, Marta (1996) "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género" en Marta Lamas (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual, México*, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM.

_____, (2002) *Cuerpo: diferencia sexual y género*, México, Taurus.

_____, (2006) *La pedagogía del feminismo: transmisiones y retransmisiones*, México, Taurus.

Langer Ana y Romero (1994) "Menopausia y climaterio", en *Diagnóstico de la salud reproductiva en México, Reflexiones: sexualidad, salud y reproducción*, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, México, El Colegio de México, Año1, núm. 3, mayo.

Langer, María (1980) "La mujer, la locura y la sociedad". México, Extemporáneos.

Laqueur, Thomas (1994) *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, Madrid, ediciones Cátedra, Universidad de Valencia, Instituto de la Mujer.

Lauretis, Teresa (1986) *Feminist Studies/Critical Studies*, Indiana University Press, Bloomington.

Laws, Sophie (1983) "The sexual politics of pre-menstrual tension", Women's Studies International Forum, 6, 19-31.

Lewis, Jane (1993) "Feminism, the menopause and hormone replacement therapy", *Feminist Review*, 43, 38-56.

Lock, Margaret (1982) "Models and practice in menopause: menopause and syndrome or life transition?" *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6, 261-280.

Lock, Margaret (1986) "Ambiguities of aging: Japanese experience and perceptions of menopause", *Culture, Medicene and Psychiatry*, 10, 23-46.

Lock, Margaret (1986) *Introduction. Culture, Medicine and Psychiatry*, 10, 1-5.

Lonnie, Barbach (2000) *Menopause Management*, Edit. Planeta Vida.

López, Domínguez José Francisco (2002) "Climaterio Masculino" en *Revista del climaterio*, ciudad de México, Número del mes de mayo.

MacPherson, Kate (1993) "The false promise of Hormone Replacement Therapy and current dilemmas" en Callhan, J. (edición a cargo de), *Menopause, A Midlife Passage*, Bloomington e Indianapolis, Indiana University Press, 145-159.

McCrea, Frances (1996) "The politics of menopause: the discovery of a deficiency disease" Social Problems, 31, October, 11-123.

Mankowitz, Ann (1984) *Change of life: A psychological study of dreams and the Menopause*, Inner City Books, Toronto.

Martin, Emily (1990) "Science and Women's Bodies: Forms of Antrhopological Knowlege", en Jacobus, M., E.F. Keller y S. Shuttleworth, ed. Op.cit.

_____, (1992) the End of the Body? Ethnologist, Num.19.

Mayobre, Rodríguez (2007) *Políticas del tercer milenio: de las viejas luchas a la política de lo simbólico*, Universidad de Vigo, España.

Milan Women's Bookstore Collective (1990) *Sexual Difference: A theory of Socio-Symbolic Practice*, Bloomington, Indiana University Press.

Millet, Kate (1975) *Política sexual* México, Aguilar, trad. Ana María Bravo García.

Mitchell, Juliet (1977) *La condición de la mujer*, Barcelona, Anagrama.

Morales, Francisco (1996) "Reproducción y Crisis maduracional", en Lartigue y Ávila (Comp.), *Sexualidad y Reproducción humana en México*, México, Vol.1, Universidad Iberoamericana.

Moreno Escallon, Bernardo (2000) "Educación en salud a la mujer en climaterio. ¿Vale la pena? ¿Tiene algún impacto?", Bogotá, en *Revista Colombiana de Menopausia* Vol. 6, Núm. 1, Enero- Abril.

Mouffe, Chantal, (1993) "Feminismo, ciudadanía y política democrática radical" en *Debate Feminista*, México, Número 7.

Muntané, Dolors (1994) *La menopausia, cómo afecta a las mujeres y cómo resolverla*, Barcelona, España, Editorial Icaria.

Narotzky, Susana (1995) *Mujer, mujeres, género. Una aproximación al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Newton, Julia (1987) "Making –and Remaking- History", en Shari Benstock (ed.), *Feminist Issues in Literary Scholarship*, Indiana University Press, Bloomington-Indianapolis.

Oakley, Anne (1980) *Women Confined. Towards a Sociology of Childbirth*, Oxford, Martin Robertson & Co. Ltd.

Offen, Keren (1990) "Feminism and Sexual Difference in Historical Perspective", en Deborah Rhode (ed), *Theorical Perspective on Sexual Difference*, Yale University Press, New Haven-Londres.

Ojeda, Linda (1995): *Menopausia sin medicina*, Buenos Aires, Argentina, Editorial Piadós.

Ojeda, Norma (1999) "Propuesta teórica y metodológica para estudiar la determinación social de la conceptualización de la salud reproductiva de las mujeres", en Norma Ojeda (coord.), *Género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México*, México, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte.

Oliveira, Araujo María José de (1999) "Vivir la menopausia" en Revista de la *Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*, Santiago de Chile.

Organización Mundial de la Salud (1994) *Quality of life assessment: International Perspectives*. Berlin. Spinger-Verlag.

Orobitg, Gemma (1999) Repensar la noción de cuerpo y de persona. Etnográfica.

Ortiz Natacha (2001) "Deterioro de la calidad de vida durante el climaterio" Bogotá, en *Revista Colombiana de Menopausia*, Vol. 7, Núm. 2, Mayo-Agosto.

Pelcastre, Garrido y Rojas (1999) *Representación social de la menopausia en un grupo de mujeres de Cuernavaca*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, mimeo.

Penagos, Gloria (2001) "Disfunciones Sexuales Femeninas" Bogotá, en *Revista Colombiana de Menopausia* Vol. 7, Núm. 1, Enero-Abril.

Peterson, Spike y Anne Sisson (1993) *Global Gender Issues*, Boulder, Westview Press.

Picó, Josep (1992) *Modernidad y Posmodernidad*, Madrid, Alianza Editorial.

Pinelo, Rosario (2006) "Cuerpo humano, real + fascinante" en *Revista Tiempo Libre*, número 1348, marzo, México.

Porias, Hans y Lamm, Luis (2003) "Estudio del hipoandrogenismo relativo en adultos, mediante la aplicación de una encuesta y su correlación con las concentraciones de hormonas masculinas como base para el diagnóstico de andropausia", ciudad México, *Revista del climaterio*, volumen 6, número 34, mayo-junio.

Reitz, Roseta (1997) *Menopause, a positive approach*, U.S.A.: Penguin Books

Reyes Heroles, Federico (1999) "Envejecimiento demográfico" en *Periódico Reforma*, México, 13 de julio.

Riquer, Florinda (1992) "La identidad femenina en la frontera entre la conciencia y la interacción social", en María Luisa Tarrés (comp.) *La voluntad de ser mujer en los noventa*, México, El Colegio de México.

Rivas, Marta (1996) "La entrevista a profundidad: Un abordaje en el campo de la sexualidad", en Szasz y Lerner, *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad.* México, El Colegio de México.

Rivera, Garretas María Milagros (1994) *Nombrar el mundo en femenino. Pensamiento de las mujeres y teoría feminista,* Barcelona, ICARIA.

Rodó, Andrea y Rivas Diana (1993) "La mujer y su cuerpo: disociación y conflicto" en Teresa y Miren Busto, *Sexualidad y reproducción. Hacia la construcción de derechos*, Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS), Chile.

Rodríguez, Magda Rosa Ma. (1999) *Foucault y la genealogía de los sexos*, Barcelona, Anthropos Editorial.

Rodríguez, Segismundo (2000) *Mitos y realidades de la menopausia*, México, Ediciones Dabar.

Rosales, Adriana Leona, (1998) "Y no es que no me sienta mujer, porque ha habido veces en que se me alborotan las hormonas, como mujer sí funciono, pero no quiero: La construcción del género y la sexualidad en mujeres maduras en Cancún, Quintana Roo" en Elsa Guevara (Comp.). *Los nuevos retos de la investigación social sobre salud sexual y reproductiva,* México, Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México (en prensa).

Ruano, Silvia (2003) "¿Andro...qué?" *Periódico Reforma*, México, Columna Mujeres, septiembre 2003.

Ruiz Olabuénaga, José Ignacio (1996) *Metodología de la investigación cualitativa*, Bilbao, Universidad de Deusto.

Ruiz Cantero, María Teresa (2005) "¿Están los médicos realmente preparados para atender ciertos síntomas de las mujeres?" en *Mujer y Salud*, número 13, Madrid, España.

Russell, Cherry (1987) "Ageing as a feminist issue", *Women's Studies International Forum*, 10, 125-132.

Sandford, Unda y Donovan, Mary (1998) *Women and Seli-Esteem*, New York: Penguin Books.

Scott, Joan (1985) "El género: una categoría útil para el análisis histórico" en *Historia y Género*, Mary Nash, eds.

Scott, Joan (1992) "Experience" en Butler and Scott (Eds), *Feminist theorize the political*, Routledge, London, pp. 22-40.

Secretaría de Gobernación, Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar México 1995-2000. México, Poder Ejecutivo Federal, 1995.

Secretaría de Gobernación, Programa Nacional de la Mujer 1995-2000, México, Poder Ejecutivo Federal, 1996.

Sendón, Vitoria (2002) "Retos del feminismo ante el siglo XXI" en *Creatividad Feminista*, México.

Sheehy, Gail (1993) *La menopausia: El pasaje silencioso*, Barcelona, Edit. Plaza y Janes.

Shules, Lou (2003) *Testosterona*, México, Editorial Aguilar, 2003.

Smith, Patricia (1993) "Selfish genes and maternal myths: a look at postmenopausal pregnancy", en Callahan, J. (edición a cargo de) *Menopause. A Midlife Passage*, Bloomington e Indiana University Press, 92-119.

Smith-Rosenberg, C (1974) "Puberty to Menopause: the Cycles of Femininity in Nineteenth Century America", in Hartman, M. y Banner, L. W. (edición a cargo de), Clio's Consciousness Raised, Nueva York, Harper and Row, 23-37.

Sommer, Susana (1997) "Dossier: las nuevas tecnologías reproductivas", en *Feminaria*, año10, núm. 19, p. 37, Buenos Aires, Argentina.

Stanton, Donna C. (1980) "Language and Revolution: The Franco-American Disconnection", en Hester Eisenstein y Alice Jardine (eds.), *The Future of Difference*, GK. Hall, Boston.

Stefano, Christine di (1990) "Dilemmas of Difference: Feminism, Modernity, and Postmodernism", en Linda Nicholson (ed.), *Feminism/Postmodernism*, Nueva York-Londres, Routledge.

Szasz, Ivonne (comp.) (1996) *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, El Colegio de México.

Townsend, John y Carbone Cynthia (1980) "Menopausal syndrome: illness or social role –a transcultural analysis", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 4, 229-248.

Tuirán, Rodolfo (2000) "Los desafíos demográficos en el nuevo milenio", en Boletín de prensa, México, Consejo Nacional de Población.

Turner, Bryan (1989) *El cuerpo y la sociedad*, México, Fondo de Cultura Económica.

Turner, Terence (1994) Bodies and Anti-Bodies: Flesh and Fetish in Contemporary Social Theory. En Thomas Csordas (Ed.) Embodiment and Experience. Cambridge: Harvard University Press.

Valdés, Margarita (2003) "Calidad de vida y ética médica", en *Revista mexicana de bioética*, año 1, núm. 1, diciembre 2003, México, Medilex, Consultoría Médica Legal.

Valls Llobet, Carmen (1994) *Mujeres y hombres, salud y diferencias*, Barcelona, Ed. Folio.

_____, (1999) "Cada vez vivimos más pero... ¿vivimos mejor?" Santiago de Chile, en *Revista de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*.

Vargas, Parada Laura (2007) "Informarse para decidir: consentimiento informado" en *Revista mexicana de bioética*, año 1, núm. 1, diciembre de 2003, México, Colegio de Bioética.

Vázquez, Benítez Efraín (2002) "Reproducción asistida en la posmenopausia" en *Revista del Climaterio*, México, Hospital Español.

Vines, Gale (1993) *Raging Hormones. Do they rule our lives*? Londres, Virago.

Weeks, Jeffrey (1986) *Sexuality*, London-USA, Tavistock.

Weeks, Jeffrey (1993), *El malestar en la sexualidad*, Madrid, Alianza Editorial.

Werthein y Mallol (1999), "De las paradojas de la madurez" Santiago de Chile, en *Revista de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*.

Worcester, N. y Whatley, M. H. (1992) "The selling of HRT: Playing on the fear factor", *Feminist Review*, 41, 1-26.

Wordpress (2007) "EE UU aprueba la primer pastilla anticonceptiva que elimina completamente el periodo" Agencias Washington, 23/ 05/ 07.

Yabur, Juan Antonio (1997) "Envejecimiento y hormonas sexuales", en Zarate Arturo y McGregor, Carlos, *Menopausia y cerebro: aspectos psicosexuales y neurohormonales de la mujer climatérica*, México, Editorial Trillas.

Zita, Jacquelyn (1993) "Heresy in the female body: the rhetoric's of menopause" en Callaghan, J. (edición a cargo de), *Menopause. A midlife passage*, Bloomington e Indianapolis, Indiana University Press, 36-58.

ANEXOS

PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO LAS ENTREVISTAS

Por razones de ética y de respeto a los derechos de confidencialidad, las entrevistas son anónimas, resguardando la identidad de las participantes a quienes se les ha solicito permiso para el uso de la información con fines estrictamente académicos.

a) Convocatoria

Para acceder a las mujeres que formaran parte del estudio de campo se ha recurrido a redes de amigas y sus familiares, así como a instituciones claves para contactar a mujeres. También se ha recurrido a la técnica de "bola de nieve", es decir, a buscar contactos a través de las mujeres con las que ya se ha establecido algún un enlace.

b) Cantidad de entrevistas

La cantidad de entrevistas a efectuar estuvo determinado por tres condiciones: el carácter de la investigación, los recursos disponibles y el tiempo disponible para desarrollarlas. Dado que en los estudios de carácter cualitativo se busca la profundidad más que la representatividad, considere dos entrevistas para cada grupo de adscripción, o sea, que si son tres grupos de adscripción (amas de casa, feministas y lesbianas) el total de entrevistas a profundidad fueron seis. Mismas que se anexan al final del trabajo.

c) Duración de la entrevista

Siguiendo las recomendaciones de los investigadores cualitativos (Alonso, 1995; Rivas, 1996; Ruiz, 1996) el tiempo de la entrevista deberá estar sujeto a cada persona, pero se considera por lo menos una sesión de cuatro horas o dos sesiones de dos horas cada una. Cabe indicar que en las entrevistas que se

anexan, no hubo una rigidez en el establecimiento del horario, sino que dependió de las circunstancias y el tiempo disponible de las participantes. Tampoco se considera el tiempo que se necesito tanto para llegar a al momento de la entrevista, como la charla introductoria o de despedida que cada entrevistada requiere.

Cabe señalar que no aplique la guía de entrevista tal y como la diseñe (ver anexo) pues conforme la entrevista se desarrollaba, me fui involucrando más en la dinámica de la entrevista que en la secuencia y el orden que tenía previsto en la guía de preguntas.

d) Lugar de la entrevista

Con el fin de optimizar el tiempo del que disponían las mujeres entrevistadas, se acudió al lugar que fue indicado y a la hora que ellas fijaron estar dispuestas para el encuentro.

e) Requerimientos materiales

Para poder recopilar, transcribir y sistematizar la información de la entrevista, se utilizó una grabadora portátil y cintas magnetofónicas, las cuales fueron usadas sólo bajo autorización de las mujeres que participaron en las entrevistas.

f) Tiempo requerido

El tiempo que llevo el trabajo de las entrevistas vario de seis a ocho meses, conforme a la disponibilidad de horarios, receptividad, número de encuentros, facilidad y/o dificultad de locución, y hasta condiciones de salud o anímicas para efectuar el diálogo entre entrevistada y entrevistadora.

GUÍA DE ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

DATOS GENERALES

1.- Edad
2.- Estado civil
3.- Escolaridad
4.- Ocupación y/o profesión
5.- Ingresos económicos
6.- Años de casada o en unión libre
7.- Número de matrimonios o de uniones libres
8.- Número de hijo(a) s

DATOS FAMILIARES

Del esposo o pareja:

9.- Edad
10.- Escolaridad
11.- Ocupación y/o profesión
12.- Ingresos económicos

De lo(a) s hijo(a) s

13.- Edad (es)
14.- Escolaridad
15.- Ocupación
16.- Ingresos económicos

De lo(a) s nieto(a) s

17.- ¿Tiene nieto(a) s?
18.- En caso afirmativo ¿Cuánto(a) s tiene?
19.- ¿Qué edades tienen sus nieto(a) s?
20.- ¿Alguno de ello(a) s vive con usted o está bajo su cuidado?

INFORMACIÓN GENERAL ACERCA DE LA MENOPAUSIA

21.- ¿Qué sabe usted acerca de la menopausia?
22.- Si tiene dudas acerca de la menopausia ¿a quien acude para que se las aclare?

ANTECEDENTES FAMILIARES

23.- ¿Sabe usted a qué edad se les presentó la menopausia a otras mujeres de su familia (abuela, madre, hermana(s))?
24.- ¿Conoce, o ellas le comentaron, cómo se sintieron y qué hicieron al dejar de menstruar? ¿Qué pensó usted entonces?

ESTEREOTIPOS

25.- Cuándo piensa en una mujer que se encuentra en la menopausia ¿cómo se la imagina?
26.- ¿Su madre, abuela, o alguna otra persona le comentó algo acerca de la menopausia? ¿Recuerda usted qué fue lo que le dijo?
27.- ¿Ha leído, visto o escuchado algo relacionado con la menopausia? ¿Me lo puede comentar?
28.- ¿Qué opinión tiene usted al respecto?

SIGNIFICADOS

29.- ¿Qué significado tiene para usted el haber llegado a la menopausia?

30.- ¿Cómo considera usted el hecho de que se le retire la regla?

31.- ¿Su vida tuvo un nuevo giro a partir de la menopausia?

32.- ¿Ha sentido algún tipo de maltrato o discriminación que usted haya relacionado con su edad o por la menopausia?

EXPERIENCIA

33.- ¿Cuál ha sido su experiencia con relación a la menopausia?

34.- ¿Qué edad tenía cuando tuvo su última regla?

35.- Cuénteme ¿cómo le sucedió?

36.- ¿Cómo se sintió? ¿Qué pensó?

37.- ¿Cómo considera usted el hecho de que una mujer deje de reglar?

38.- El no reglar más, es un hecho que le agrada, le incomoda o le da igual. ¿Por qué?

39.- ¿Haría algo para evitar que se le retire la regla? ¿Por qué?

40.- De acuerdo a su experiencia, ¿qué ventajas y qué desventajas puede tener el llegar a la menopausia?

41.- ¿Considera que con más edad, ahora usted es capaz de enfrentar con mayor resolución sus problemas?

42.- ¿Ha notado que se le han presentado algunos cambios físicos o emocionales con motivo de la menopausia?

43.- Si se siente triste, deprimida o con ganas de contar sus preocupaciones ¿a quién recurre? O ¿qué hace?

44.- ¿Habla con su pareja acerca del retiro de su regla? ¿Qué le dice su pareja al respecto?

DATOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUALIDAD

45.- ¿A qué edad tuvo su primera regla?

46.- ¿Cuál fue su impresión o qué pensó cuando sintió y vio su primera regla?

47.- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

48.- ¿Qué edad tenía cuando tuvo a su primer(a) hijo (a)

49.- ¿Qué edad tenía cuando tuvo a su último(a) hijo(a)

50.- ¿Le hubiera gustado tener más hijo(a) s? ¿Qué opina su pareja?

51.- ¿Usaba algún método anticonceptivo? ¿Cuál? ¿Cómo se sentía?

52.- ¿Su pareja sabía del método anticonceptivo? ¿Estaba de acuerdo? ¿Participaba de manera activa en su uso?

53.- ¿Cuál considera que debe ser el quehacer de la mujer que ya no puede tener hijos?

54.- ¿Considera que las relaciones sexuales deben ser sólo para tener hijos?

55.- La mayoría de las veces que usted tiene relaciones sexuales, es porque ¿usted toma la iniciativa, la toma su pareja o ambos?

56.- La mayoría de las veces sus relaciones sexuales son: placenteras o desagradables. ¿Por qué?

57.- Le ha sucedido no tener relaciones sexuales durante largo tiempo ¿cuánto tiempo y cuándo? ¿Por qué?

58.- ¿Tiene más o menos relaciones sexuales desde que se le comenzó a retirar la regla? ¿Por qué?

59.- ¿Con qué frecuencia hacía el amor:

59.1. Al inicio de la vida en común

59.2. Entre los 30-40 años

59.3. Desde que comenzó a tener síntomas de menopausia

60.- ¿Cree posible que una mujer no experimente ninguna necesidad sexual durante cierto tiempo?

61.- Si no tienen relaciones sexuales en la actualidad ¿qué sentimientos experimenta?

DATOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUALIDAD

45.- ¿A qué edad tuvo su primera regla?

46.- ¿Cuál fue su impresión o qué pensó cuando sintió y vio su primera regla?

47.- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

48.- ¿Qué edad tenía cuando tuvo a su primer(a) hijo (a)

49.- ¿Qué edad tenía cuando tuvo a su último(a) hijo(a)

50.- ¿Le hubiera gustado tener más hijo(a) s? ¿Qué opina su pareja?

51.- ¿Usaba algún método anticonceptivo? ¿Cuál? ¿Cómo se sentía?

52.- ¿Su pareja sabía del método anticonceptivo? ¿Estaba de acuerdo? ¿Participaba de manera activa en su uso?

53.- ¿Cuál considera que debe ser el quehacer de la mujer que ya no puede tener hijos?

54.- ¿Considera que las relaciones sexuales deben ser sólo para tener hijos?

55.- La mayoría de las veces que usted tiene relaciones sexuales, es porque ¿usted toma la iniciativa, la toma su pareja o ambos?

56.- La mayoría de las veces sus relaciones sexuales son: placenteras o desagradables. ¿Por qué?

57.- Le ha sucedido no tener relaciones sexuales durante largo tiempo ¿cuánto tiempo y cuándo? ¿Por qué?

58.- ¿Tiene más o menos relaciones sexuales desde que se le comenzó a retirar la regla? ¿Por qué?

59.- ¿Con qué frecuencia hacía el amor:

59.1. Al inicio de la vida en común

59.2. Entre los 30-40 años

59.3. Desde que comenzó a tener síntomas de menopausia

60.- ¿Cree posible que una mujer no experimente ninguna necesidad sexual durante cierto tiempo?

61.- Si no tienen relaciones sexuales en la actualidad ¿qué sentimientos experimenta?

62.- ¿Cree que son posibles las relaciones amorosas sin sexualidad?

63.- ¿Qué ventajas y desventajas le ve a las relaciones sexuales?

64.- ¿Actualmente considera que su vida sexual es satisfactoria?

65.- ¿Existen razones que le impiden llevar la vida sexual que desearía? ¿Cuáles son?

66.- A medida que pasan los años ¿Considera que sus deseos y placeres sexuales han cambiado?

67.- ¿Recurre a alguna práctica auto-erótica o de masturbación?

68.- Tras el nacimiento de su(s) Hijo(a) (s) ¿ha cambiado su sexualidad?

69.- ¿Habla con su pareja acerca de su sexualidad?

70.- ¿Se niega a hacer el amor con su pareja?

71.- Si usted se niega a tener relaciones sexuales ¿cuál es la actitud más frecuente de su pareja?

72.- ¿Se siente obligada a aceptar una relación sexual que no le parece? ¿Por qué?

73.- ¿Ha tenido o tiene relaciones sexuales con otras personas que no sean su pareja?

74.- ¿A partir de que ha dejado de reglar siente que la relación sexual o afectiva con su pareja ha cambiado?

75.- ¿Lleva usted algún tratamiento o régimen alimenticio especial a partir de que ha dejado de menstruar?

76.- ¿Ha padecido algún síntoma o problema de salud a partir de que ha dejado de reglar?

77.- ¿Cuenta con algún tratamiento médico o terapéutico? ¿Cuál es el motivo?

78.- ¿Conoce usted si la menopausia trae consigo algún riesgo para su salud?

79.- Si tiene problemas con su estado de salud ¿cuenta con medios o recursos para hacer frente a esa situación?

RELACIONES CON LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

80.- ¿Los otros miembros de la familia, saben que ha dejado usted de menstruar? ¿Cómo la tratan?

81.- ¿Entre los miembros de la familia, se habla acerca de temas relacionados con el sexo, menstruación o menopausia?

82.- ¿Qué opinan los integrantes de su familia acerca de la menopausia?

83.- ¿De qué manera son tratadas o consideradas las mujeres de edad avanzada que viven en su familia?

84.- ¿Existe alguien dentro de su familia con quien usted pueda hablar acerca de la menopausia?

TIEMPO LIBRE

85.- ¿En la actualidad dispone de mayor tiempo para realizar las actividades que usted desea?

86.- ¿Cuenta con algún tiempo libre para usted?

87.- ¿Qué hace en su tiempo libre?