

IMAGINARIOS Y REALIDADES DEL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA

***CRÍTICA A LA MIRADA MÉDICA DEL
CUERPO FEMENINO***

**MA. LUISA QUINTERO SOTO
ELISA B. VELÁZQUEZ RODRÍGUEZ**





Castellanos
editores

Carlos Castellanos Rivera
DIRECTOR GENERAL

Consejo Editorial:

Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky
COORDINADORA

Lic. Luis Ruiz Álvarez

Mtro. Marco Antonio Salazar Aguirre

Lic. Oscar de la Rosa Vigueras

Mtro. Celerino Ruiz Ramos

Dr. Víctor Hugo Rodríguez Alpide

Primera Edición: Julio 2017

Diseño de portada: María Elisa Salazar Moya

© María Luisa Quintero Soto

© Elisa Bertha Velázquez Rodríguez

© Universidad Autónoma del Estado de México

© Castellanos editores, S.A. de C.V.

ISBN: 968-5573-47-0

Todos los derechos reservados. Se permite la reproducción de la presente obra, por cualquier medio impreso, electrónico, auditivo, con la autorización por escrito de los editores y el titular de los derechos y citando la fuente.

Impreso en México



Universidad Autónoma del Estado de México

Dr. en Ed. Alfredo Barrera Baca
Rector

Dr. en C. S. Luis Raúl Ortiz Ramírez
Secretario de Rectoría

Lic. en Act. Angelita Garduño Gómez
Secretaria Particular

M. en A. Karla López Carbajal
Jefe de la Unidad de Apoyo Administrativo

Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl

M. en I. S.C. Cuauhtémoc Hidalgo Cortés
Encargado del Despacho de la Dirección

Dr. en E. Darío Guadalupe Ibarra Zavala
Subdirector Académico

Lic. en E. Ramón Vital Hernández
Subdirector Administrativo

ÍNDICE

Introducción.....	9
La mirada médica del cuerpo femenino.....	13
El cuerpo imaginado.....	19
Las mujeres en la lupa psiquiátrica.....	25
Las relaciones de género en la construcción científica y social del cuerpo femenino	33
Definición de Climaterio y Menopausia	39
Enfoque cultural y salud	41
Cultura, como forma dinámica de ser de la mujer	43
Menopausia y Climaterio, parte de la vida cotidiana	45
Fisiología y fisiopatología del Climaterio	49
Edad de la Menopausia.....	50
Edad del Climaterio.....	51
Factores que adelantan la Menopausia	52
Sintomatología del Climaterio.....	53
Síntomas tardíos	54

Trastornos generales en el aparato genital y urinario en la mujer Climatérica	55
Efectos cardiovasculares.....	56
Alteraciones esqueléticas.....	57
Cambios psíquicos.....	57
Los lípidos y el sistema cardiovascular	57
Sexualidad.....	59
Fertilidad durante el Climaterio	60
Tratamiento Médico.....	60
Principales acciones que inciden positivamente en los hábitos y estilos de vida saludables.....	62
La salud en las mujeres mediante la educación holística.....	63
Discusión	67
Conclusiones	69
Bibliografía	73

**IMAGINARIOS Y
REALIDADES DEL
CLIMATERIO Y LA
MENOPAUSIA**

*CRÍTICA A LA MIRADA MÉDICA DEL
CUERPO FEMENINO*

**QUINTERO SOTO MA. LUISA
VELÁZQUEZ RODRÍGUEZ ELISA B.**

INTRODUCCIÓN

LAS PALABRAS MENOPAUSIA y climaterio se usan de manera indistinta, pero estas no significan lo mismo. La primera se refiere a la desaparición definitiva de la menstruación por un periodo aproximado de 12 meses, producto del fallo de la función ovárica. Antes de los 45 años, su aparición se denomina menopausia precoz, a partir de los 45 a los 55 años se da la menopausia. Climaterio se conoce como el tiempo durante el cual se pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva esto ocurre generalmente a partir de los 40 años de edad.

En estas fases del climaterio y la menopausia, las instituciones tienen un papel muy importante al cubrir la parte médica, por medio de la aplicación de programas en los cuales informen a todas las mujeres sobre los síntomas principales, y el cuidado de cada uno de ellos, y el saber qué hacer cuando se les presenten.

Y en el aspecto social, es indispensable hacer comprender principalmente a las mujeres, que la menopausia y el climaterio no es una mala experiencia para su vida, sino al contrario deben de sobrellevarla porque es parte de su vida, y entre menos información se tenga sobre estos procesos más se afecta la calidad de vida. Es necesario también enfatizar que los prejuicios sociales y culturales entorno a la vida sexual que se viva en ese momento se deben dejar de lado y sobre llevar el proceso de la manera más natural posible con asesoramiento médico. En

nuestra sociedad, las mujeres que hoy se acercan y las que están en ese momento de su vida (climaterio y menopausia) están insertas en una dinámica social en donde se deben de adaptar junto con los demás integrantes de la familia para vivir esta etapa de la vida, como una etapa normal dentro de su vida. Como primer punto se analiza cómo ha sido la mirada médica del cuerpo femenino, la percepción, construcción e imaginario del cuerpo, las mujeres en la lupa psiquiátrica, las relaciones de género en el cuerpo femenino, posteriormente se definirá el climaterio y la menopausia, sus características, síntomas y algunas acciones para reducir su problemática como la educación holística de la salud.

Para entender lo que es el climaterio, la menopausia, sus síntomas, y los factores que influyen en su aparición, así como algunos tratamientos es necesario resaltar que tanto el climaterio como la menopausia son una etapa más en la vida de la mujer, por lo que es básico brindar información sobre estos temas. Para lo cual se revisaron diferentes documentos, libros y artículos especializados, en revistas indexadas a través del método hermeneútico. La información se maneja de manera lógica para aclarar todo lo relacionado con el climaterio y la menopausia que son fenómenos importantes de reflexionar y conocer puesto que es parte de la vida de las mujeres.

En la medida que se tenga mayor información de estos procesos se quitarán las falsas ideas que se tienen en torno a las mismas, lo que se ocasiona por falta de conocimientos sobre esta etapa en su vida. En este sentido, hay que replantear un cambio en la percepción cultura en torno a estos temas con la finalidad de ver estas etapas como fases por la que toda mujer atraviesa, y que depende de la actitud como lo vivan dependerá su estado de salud.

El climaterio se da en promedio desde los 40 años, etapa durante la cual disminuye la frecuencia de las ovulaciones señalando esto el inicio de un período de dete-

rioro progresivo en la función ovárica, la menopausia es el período de la vida que ocurre entre los 45 y los 55 años, donde se deja de tener la menstruación.

Muchas mujeres se preocupan en exceso por la llegada de estos fenómenos, sobre todo si están mal informadas sobre el mismo, lo que en principio genera estrés y ansiedad que las lleva a una desorientación al respecto; ocasionando diversos trastornos y enfermedades que se hubieran prevenido si en principio existiera información sobre el tema. Muchas mujeres desconocen estas etapas e incluso las confunden o piensan que son lo mismo. La menopausia no es más que el cese de la regla y un síntoma del cambio de vida. La palabra climaterio, de origen griego, significa “escalón”, y probablemente defina a este período con más exactitud. Puede ser considerado como el paso opuesto a la pubertad, y se debe en gran parte al descenso en la producción de estrógenos.

Hay muchos cambios corporales y muchas sensaciones que se relacionan con el climaterio y la menopausia. Por lo tanto las preguntas de investigación son: ¿Las actitudes de las mujeres ante el climaterio y la menopausia tienen que ver con aspectos culturales de la sociedad?; o ¿se fundamentan en creencias y actitudes, que están relacionadas con el poder, el género y los discursos contradictorios que lanza la propia sociedad a través de sus líderes y que puede estar influyendo en las pautas y comportamientos de las mujeres ante el climaterio y la menopausia?

Se puede decir que la mujer tiene cambios hasta cierto tiempo de su vida, pero como es natural que esta pase por una nueva fase que es la menopausia y el climaterio. En realidad estos fenómenos pueden ser superados por una mujer en la medida que accedan a información y tengan conocimiento de dicho problema. Hoy en día los médicos tienen a la mano la posibilidad de orientar a la mujer con tratamientos que les ayudan a superar los cambios físicos, mentales y hormonales que presentan

durante estas etapas, haciendo que estos se vivan con la mayor naturalidad posible para que no afecte su calidad de vida. Para ello es muy importante generar cambios de actitud y estilos de vida saludables en las mujeres que se encuentran en la etapa del climaterio y la menopausia e identificar qué factores culturales están asociados a estos procesos.

LA MIRADA MÉDICA DEL CUERPO FEMENINO

EL DESPLAZAMIENTO DE la mirada sobre las mujeres cobra fuerza en algunas épocas históricas, como el Medioevo y el Renacimiento, sin omitir el periodo de la Modernidad.; todo aquello que se aparta de lo saludable origina juicios condenatorios, especialmente para las mujeres que tienen un modo de usar su cuerpo, su sexualidad y los imaginarios de sí mismas. En los tiempos presentes, los encuentros de las mujeres con la enfermedad psíquica y corporal, provoca desafortunados malestares que requieren medicalización para regular sus alteraciones, es decir, sus patologías.

Si tomamos en cuenta la cifra de mujeres que consumen fármacos, con el fin de aliviar dolor y sufrimiento, nos enfrentamos a una sociedad femenina que está lejos de la autonomía y el bienestar auto administrado, dependiente de la mirada médica que hace lecturas del comportamiento de sus órganos ocultos bajo la tela de su piel, y de los laberintos de su psique.

La mirada del especialista es la radiografía del malestar femenino, explicado bajo la lupa de teorías y modelos que relatan el andar del texto manifiesto de sus procesos subjetivos.

La cultura de la salud femenina es un dispositivo simbólico que permea la conciencia de hombres y mujeres, convertida en prácticas discursivas que apuntalan la diversidad de modelos curativos, enfocados a resolver

el problema de la enfermedad, que bajo el régimen de la mirada, es considerada como un artefacto de fácil instalación en el cuerpo y la mente del paciente, un estado desafortunado que impide el desarrollo personal y social y confina a las actividades marginales del aparato productivo de una sociedad.

El modelo de salud y enfermedad se aplica para hombres y mujeres, niños y niñas, ancianos y ancianas, a partir de la concepción del organismo-máquina que funciona en la salud y se avería en la enfermedad. Es un modelo que procede de la episteme cartesiana, enfocado al abordaje del cuerpo y la mente por separado, como dos engranajes que giran cada uno en sentido contrario; el modelo cartesiano impactó la mirada médica de la epistemología positivista, instauradora de las formas terapéuticas para las disfunciones del cuerpo, considerado como un conjunto de órganos interaccionando y la mente como una entidad incipientemente conocida, que no tiene correspondencia con la dinámica del cuerpo.

La concepción de la medicina a la luz del dualismo cartesiano, hace intentos fallidos por explicar los fenómenos inconscientes expuestos en las caras de la subjetividad.

Salud y enfermedad son dos entidades separadas que ocurren en diferentes tiempos sobre las personas, dando paso al edificio teórico de la medicina occidental que previene e implementa soluciones para los conflictos psíquicos y corporales de hombres y mujeres.

Esta mirada médica establece de facto, que las mujeres tienden más a la enfermedad que los hombres, bajo el juicio parcial a causa de las adjetivaciones de género que permean el discurso médico, como la debilidad, la salud fragilizada y los estados permanentes de enfermedad corporal como la menstruación, el embarazo y el parto.

Las adjetivaciones son la certeza de que las mujeres tienen padecimientos propios de su género, a diferencia de los hombres que simplemente se enferman del cuerpo

o de la mente. Estas formas de referirla han entramado el discurso especializado que hace sutura con la práctica médica que tienen caracterizadas las patologías de género, acompañadas de la medicalización de las pacientes.

Las mujeres son instaladas en el concepto de pacientes en el momento en que su cuerpo o su mente son alterados por la enfermedad, cuya duración puede ser indeterminada. En el estado de paciente, la mujer se convierte en un sujeto pasivo que pierde la motricidad autónoma y la confiabilidad de su libre pensamiento; provoca dudas en sus juicios de realidad, en sus valoraciones y en la objetividad de su razón. El dispositivo médico establece una clínica especial que las mire como enfermas, mentirosas y temperamentales (López Sánchez, 1998), y las coloque en la mesa de disecciones como objetos de investigación científica.

Las mujeres pacientes son tomadas por el cuerpo en el afán de conocimiento, que de acuerdo al dispositivo médico, todas ostentan un funcionamiento similar, independientemente de su clase social, raza, color, etnia, religión, formación profesional, actividad social, su lugar en una época y momento histórico.

La clínica occidental se refiere al cuerpo femenino como un campo específico en el que se despliega: La mirada médica que abre el secreto de la enfermedad (Foucault, 1997) y se parece a un taladro que penetra la carne para introducirse en la esencia mórbida de la enfermedad. El panóptico de la medicina es una microfísica de los cuerpos femeninos: descubre la enfermedad como una cruzada contra las huestes de la impureza.

La concepción médica del Renacimiento tomó el cuerpo femenino como objeto privilegiado de la investigación científica, un ejemplo sobresaliente es la disección de cuerpos de mujeres en los recintos universitarios. La separación de su esencia humana los ha convertido en fragmentos de estudio para el avance de la medicina, su

efecto simbólico de sacralización se desplazó al margen del proyecto científico. El cuerpo expuesto en la mesa de cirugía representaba el lugar de revelación de los signos de la patología a la mirada médica (López, 1998), la mesa de disecciones es la cuna de la enseñanza de los trastornos femeninos, y la pasión de seccionarlo en trozos ha convertido a sus investigadores en burdos coleccionistas de esencias femeninas, inmersos en la perversión de los goces invasores a la otredad.

Las mujeres, desde el siglo XVI a la fecha, son el objeto preferido de la observación y la experimentación, sobre todo en los terrenos de los fenómenos reproductivos: el embarazo y el parto, que la convierten en una enferma crónica necesitada de la medicalización permanente. La mirada médica ha provocado en la fisiología y la anatomía de su cuerpo un interés gineco-obstétrico para explorar su naturaleza y descubrir el origen de todos sus trastornos en la parte más significada: el útero.

El pensamiento gineco-obstétrico coloca al útero como el lugar donde ocurren los misterios femeninos, la causa de las alteraciones hormonales y mentales, la tentación de los hombres y los códigos de la sexualidad insatisfecha. Del útero como el recinto de los enigmas emergió un mito de procedencia antigua que simboliza la sexualidad de la mujer. En algunos pasajes de la mitología griega se dice que la sexualidad de la mujer es más fuerte que la del hombre:

Hera y Zeus discutieron un día sobre la relativa intensidad del goce de la mujer y del hombre, y cada uno de los esposos pretendía que su propio goce era inferior al del otro. Al final tomaron a Tiresias de árbitro, que primero había sido hombre, luego mujer, y acabó siendo hombre otra vez. Cuando Tiresias afirmó que el goce de la mujer era nueve veces más fuerte que el del hombre, Hera le cegó para castigarlo por esta revelación (Devereux, 1984).

Los genitales femeninos componen un grupo de elementos interrelacionados: vulva, bello, vagina, útero, ovarios y trompas de Falopio, que en su relación determinan la reproducción humana, a la vez, son representantes de la sexualidad femenina, cada uno es su portador, al igual que la piel, los ojos y el ritmo de su respiración o su digestión, por citar parte de todas las funciones y órganos que la hacen existir. Si cada elemento del todo es portador de la sexualidad, entonces podemos afirmar que los órganos reproductores no son los únicos representantes de la sexualidad. El cuerpo de mujer esta sexuado (también el de los hombres). Este hecho lo convierte en la “carne de la tentación”, que alberga el imperio de la sexualidad insaciable y desencadena los trastornos psicossomáticos en el régimen de la mirada médica.

La construcción de la psicopatología de las mujeres se deriva de las teorías y prácticas médicas que disponen controlar el temperamento femenino a través de la medicalización de su cuerpo y su mente. La psicossomática demuestra la exposición de señales en la fusión de cuerpo y mente, señales que hacen el texto de los malestares, un texto que narra la historia de las voces silenciadas acerca de sí mismas y de la escisión de su mente-cuerpo. Razón por la cual, el modelo cartesiano que sostiene su separación, se convierte en un supuesto que la medicina oriental cuestiona y coloca en el museo de la cultura médica.

Si las representaciones de la sexualidad femenina son diagnosticadas como psicopatológicas, es porque se da por hecho que las mujeres se generan conflictos psíquicos causados por su sexualidad. La psicopatología es una práctica que observa y controla a la mujer por medio de la información que obtiene de su cuerpo y su comportamiento, los cuales si se alejan de la norma, indican de inmediato una alteración de sus sistemas, lo cual justifica el uso de medicamentos.

La mirada médica es un dispositivo de control que ha funcionado sobre las mujeres desde la conformación de las sociedades patriarcales medievales hasta las modernas. En el siguiente apartado analizaremos el problema del cuerpo femenino.

EL CUERPO IMAGINADO

DEL CUERPO FEMENINO se ha hecho poesía a través de los tiempos, ha sido el instrumento moral para la represión en tiempos de oscurantismo, es la pizarra donde se escriben las experiencias sagradas y los encuentros con el dolor, la porosidad de su piel absorbe la tristeza del alma y la espera en el devenir, su color revela vitalidad o desesperanza, con la palidez del cirio o la intensidad del rojo vivo.

El cuerpo femenino es nuestra historia, el registro del tiempo, la carne fresca que deviene caduca:

El cuerpo, como dice Le Goff (2005), tiene un modo de vestirse, de morir, de alimentarse, de trabajar, de habitar la carne propia, de desear, de soñar, de reír o de llorar; a través de los siglos se ha pensado que es un fenómeno de la naturaleza y no de la cultura.

Si se piensa el cuerpo como una máquina que funciona orgánicamente de acuerdo al estado de suficiencia, se olvida el principio de necesidad, tan importante como la suficiencia.

La necesidad abre la puerta a la demanda, da marcha al deseo y convoca el movimiento. La suficiencia cierra la puerta, inmoviliza el deseo y aspira a la quietud absoluta.

El cuerpo se tensa entre necesidad y suficiencia; en el instante en que lo miramos como un sórdido engranaje de tejidos y huesos, aniquilamos la posibilidad de mirarlo en su plena dimensión: un tejedor de historias.

El cuerpo ha sido imaginado en los diferentes periodos históricos, por ejemplo, en el imaginario del Medioevo se despliega entre el exceso y el sufrimiento. El juicio de la época señala que el cuerpo sexuado queda desvalorizado y las pulsiones y el deseo carnal son ampliamente reprimidos. La copulación solo se tolera bajo la única finalidad de procrear. El pensamiento medieval acerca del cuerpo concebía que “en la cama, la mujer debe ser pasiva y el hombre activo, pero con moderación, sin dejarse llevar... Para la mayor parte de los clérigos y laicos, el hombre es un poseedor, el marido es dueño del cuerpo de su mujer, tiene su usufructo... el cuerpo debe emplearse de forma saludable y salvadora. Es el modelo de pensamiento de una sociedad aprisionada en el matrimonio y el modelo patrimonial, monogámico e indisoluble.” (Le Goff, 2005: p. 39).

En el mismo sentido, existe una jerarquía de valores para el cuerpo: en el vértice superior está la virginidad, que en su práctica se denomina castidad. Las mujeres siempre deben ser castas, en la soltería, en el matrimonio y la viudez. El cuerpo de la mujer se encarna en los conceptos de buena esposa, buena madre y el hombre va a la mujer como quien va al retrete: para satisfacer una necesidad.

“Durante mucho tiempo las mujeres fueron las mudas, las ausentes, las olvidadas de la historia. Todavía hoy los manuales escolares... las ignoran en gran medida”. (Perrot, 1999: p. 55), igualmente el cuerpo femenino posee todos los horrores que se pueden experimentar, como las náuseas, los vértigos, las opresiones, que no proceden tan solo de las estaciones, de los climas; es el horror mismo de la historia narrada lo que los provoca.

Por otra parte, para algunos antropólogos del siglo XIX, se interesaron por las técnicas del cuerpo, y averiguaron entre las sociedades primitivas los modos de su uso. Por medio del cuerpo se puede conocer a hombres y mujeres, en su modo de bañarse, de enjabonarse, de

enjuagarse, de dormir, de acostarse, de sentarse, de hacer el amor, en sus maneras de danzar en pareja, individualmente, de preparar alimentos, de orinar y defecar, de adornarlo para las fiestas y para la muerte.

Si bien es cierto que el cuerpo es la materialidad de nuestra existencia que se asoma en el mundo fenoménico y transporta los intereses, el deseo y se ve afectado por las pasiones intrínsecas, no podemos negar que una forma de ser es la relación con otros cuerpos, con otras personas.

Si las relaciones se establecen sin afán de sometimiento, los cuerpos pueden coexistir en una atmósfera de respeto, sin embargo, en nuestra civilización se practica la perversión de apoderarse del cuerpo de otro. Hablando de nuestro tiempo de barbarie, dicen que el cuerpo femenino se reprime como muestra de poderío. Es la denigración del cuerpo por el hombre en sus prácticas de reducirlo a estado de objeto y materia bruta carente de significado. La característica del hombre civilizado de la nueva barbarie es mostrar su necesidad de ser cruel y destruir a partir de su propia represión orgánica toda relación íntima entre el cuerpo y el espíritu.

En el mismo sentido es como dice Michel Foucault (1975), los cuerpos están a expensas de la microfísica de los poderes.

Las técnicas de sometimiento han cambiado, la barbarie posmoderna se caracteriza por la seducción de la imagen del cuerpo femenino, y de su permanente reconstrucción mediante efectos de color, movimiento, y funcionamiento para que en última instancia, se conviertan en un vacío de contenido. El objetivo es hacerles una incisión para que se escape el espíritu y terminen reducidos a un conjunto de chatarra vistosa.

El cuerpo femenino en la barbarie posmoderna es un ficcionario del goce, como lo fue en la Edad Media, solo que aquí las técnicas ayudaban a otro procedimiento. En esta época de igual forma, el cuerpo es el centro de aten-

ción, una época que se caracteriza por la deshumanización de los cuerpos y sus personas. Y en la que transcurre el drama del cuerpo martirizado y glorificado. A partir del siglo XIII, en plena Inquisición, la tortura es una práctica legítima que se aplica a todos los sospechosos de herejía.

En el cuerpo se trazan las rutas que conducen al placer y a la nada, representan el misterio que conduce más allá de la carne, los huesos y la sangre; su misterio consiste en que no devela nada, que después de su materialidad está la muerte, pero tiene estigmas, es decir, señales extrañas que dejan pasar el goce por la piel. Se trata de marcas y señales que construyen el archivo de nuestra humanidad.

Si en el Medioevo se denunciaban los lugares en donde se agazapa el demonio, en la barbarie posmoderna, nuestra época, las marcas y señales son el silencio de nuestro deseo, de nuestra sexualidad sin palabras.

El oficio de los inquisidores consistió en combatir el cuerpo femenino o cuerpo de la tentación, en nuestra época, la tarea cotidiana de los empleadores de nuestros cuerpos es la seducción y el sometimiento, la apropiación de su deseo.

La búsqueda de este rastro en el Medioevo llevo siglos y fueron cientos de mujeres que desfilaron desnudas en las plazas públicas, mostrando los laberintos de su erotismo para obtener un juicio de liberación o de condena, como los casos siguientes que representan un monumento a la crueldad:

“Eunice Cole de Salisbury fue desnudada por el alguacil para azotarla, cuando su ropa cayó al suelo, los testigos presenciaron bajo uno de sus pechos... una cosa hinchada, parecida a una teta que colgaba hacia abajo, de aproximadamente tres cuartos de pulgada de largo y no muy gruesa. Los hombres que estaban a su alrededor afirman que Eunice se la arrancó violentamente, con lo cual suponen que intentó eliminar las pruebas de su cuerpo;

este trozo de piel, posteriormente se lo encontraron en su pierna, en la que era probable que hubieran chupado los demonios familiares” (Llewellyn, 1998: p. 181).

La exposición al público de su intimidad equivalía a revelar sus secretos mostrando sus fluidos y su sexualidad a los invasores de lo privado. La locura medieval era el poder de hurtar la intimidad femenina torturando y matando su cuerpo. Locura delirante que se activa con el cuerpo desnudo de su portadora y produce la fascinación de lo incomprendido que proviene de miradas suspendidas en el tiempo, sin palabras, sin significados. Es una locura medieval que invoca el goce de la muerte.

Las brujas estaban acusadas de comportamientos sexuales insaciables y de seducciones con el diablo, sus cuerpos femeninos contenían la maldad humana, eran traidoras de Dios porque emprendieron una rebelión contra él.

Por jugar con los placeres corporales las convertían en un grupo condenado por su diferencia sexual, sospechoso de hechicería. Las dueñas de estos cuerpos femeninos, sabían hacer ungüentos y venenos, llevar amuletos, echar mal de ojo, clavar agujas en muñecos, tener conocimientos anormales sobre los sueños, adivinar el porvenir o conocer las propiedades mágicas de las gemas. Su cuerpo sexuado era portador del mal y se daba por hecho que tenía nexos con el diablo, por su desordenada afición al placer carnal y su abortismo.

LAS MUJERES EN LA LUPA PSIQUIÁTRICA

LA CONSECUENCIA DE someter el cuerpo de las mujeres a la tortura, humillarlo, vejarlo y mutilarlo en ambientes de terror, fue la producción de imaginarios delirantes de monstruos y demonios en torno a las prácticas femeninas, de sexualidad, ritualidad o sapiencia. Lo increíble es que estos delirios se los adjudicaron a las brujas, y ellas, en un intento de defensa, se declararon confesas con impresionantes discursos.

Por ejemplo, en el acta de un cazador de brujas, el oficial Boguet, está plasmada la declaración de una sospechosa que dice:

“El semen del diablo era muy frío, y varias veces que había tomado en su mano el miembro del diablo, estaba tan frío como el hielo”, esta afirmación de la acusada era una manera de combatir la locura desde la locura misma.

El caso de Anna Pappenheimer de 59 años es sobresaliente en el ámbito de los delirios y representa el toque maestro de la crueldad de los inquisidores. Anna era hija de un sepulturero, un oficio denigrante en aquella época, su destino fue casarse con un limpiador de letrinas. Estas actividades profesionales determinaban las clases marginales que por definición eran sospechosas de brujería. A pesar de que Anna llevaba una vida decorosa y respetable con su familia, el gobierno bávaro no lo creyó y se le acusó de practicar brujería. A pesar de que Anna nunca aceptó ser buja, el proceso largo e insidioso de su juicio acompa-

ñado de la tortura con la garrucha, logró quebrantar su entereza.

Finalmente confesó que “Volaba en un palo de madera hasta el lugar de encuentro con el diablo, que tenía comercio carnal con su amante satánico, que asesinaba niños para hacer un unguento con sus cuerpos y que preparaba polvos demoniacos con las manos de niños muertos. También admitió que los polvos servían para cometer asesinatos... Anna fue entonces atada al poste y se encendieron las piras de leña. Sabemos que Anna aún estaba viva cuando la alcanzaron las llamas porque su hijo Hansel gritó: “mi madre se retuerce”, el niño fue ejecutado tres meses después” (Lewellyn, 1998).

La presencia de lo demoniaco es el fantasma que inunda la época inquisitorial, si los delirios contenían significantes demoniacos, conducían a la hoguera, y si aludían la presencia divina en busca de la santidad, la persecución de estigmatizadas se hizo tan intensa como la de brujas.

Es el caso de Benedetta Carlini, una abadesa del convento de Theatine que tuvo trances extáticos, según su declaración, Jesús la encomió, la estigmatizó e intercambió su corazón con el de ella. A pesar de que encabezó una cruzada contra la peste en la Toscana y curó enfermos, no fueron suficientes indulgencias para evitar la condena a cadena perpetua en el convento, ante la acusación de tener relaciones sexuales con un ángel masculino y ser sospechosa de lesbianismo con una de sus compañeras de celda.

Brujas, santas, demonios y espectros con poder de excitar los humores de la sexualidad, es el daguerrotipo de un tiempo delirante en donde el cuerpo femenino significaba la locura.

En 1814, el científico Esquirol definió los delirios como la incompatibilidad entre sensaciones y realidad, de modo que cuando las ideas de una persona no se encuentran en relación con sus sensaciones y sus juicios,

sus determinaciones son independientes de su voluntad y su percepción no es utilizada adecuadamente para representar el mundo exterior; estamos ante la producción delirante de un cuerpo que grita la persecución de la mirada clínica de la psiquiatría.

Para Jaspers (1919), el delirio se caracteriza por la falsedad del juicio, en la falta de credibilidad de la experiencia y en la extraordinaria convicción que da nacimiento a un razonamiento apremiante. “Se llaman ideas delirantes a todos los juicios falsos que poseen un grado bastante elevado de los siguientes signos exteriores: 1- convicción para mantener una certeza subjetiva notable, 2- impermeabilidad a la experiencia y a las refutaciones lógicas, 3- la inverosimilitud del contenido” (Jaspers, 1919: 22).

Por ejemplo, en un caso de anorexia, si la persona ha llegado a un punto extremo de delgadez, y si insistiera en decir que está gorda, podemos considerar que se trata de una afirmación delirante. Sin duda es la falsedad del juicio, la convicción inquebrantable y la correlativa desviación de una norma cultural. Las fobias y las obsesiones portan contenidos delirantes. Aunque los delirios parecen ser propiedad de las psicosis: que para Klein es el resultado de una mala integración de los fantasmas, de una debilidad del yo. Y para algunos psicoanalistas como Bleuler, Tours y Ey, el delirio resulta de un defecto de la síntesis mental que libera modos de pensamiento arcaico, análogos a los sueños.

La concepción psiquiátrica del Siglo XIX sostiene que el cuerpo femenino es un medio para desencadenar estados delirantes, que convertido en una palabra-objeto, es el representante de un discurso que evoca la fractura entre lo real y la sensación.

Hay dos formas de obtener imágenes, la primera es por el medio sensomotriz que presenta a la cosa por sí misma, es la cosa que se prolonga a la imagen. La segunda forma es la imagen óptica, se trata de una descripción que

tiende a reemplazar a la cosa, borra el objeto concreto seleccionando ciertos rasgos que en un veloz trabajo de conjunción confecciona otro objeto. Se trata de un movimiento doble de borradura y creación.

La primera forma refiere lo orgánico, mientras que la segunda alude una secuencia infinita de descripciones que se deshacen al mismo tiempo que se trazan. Desde este segundo punto, no podemos olvidar que las imágenes están ligadas a las pulsiones del espectador, sobre todo, a la pulsión escópica, cuyo sentido es, la necesidad de ver. El objeto de la pulsión escópica es la mirada que implica la necesidad de ver y el deseo de mirar. Por su parte, la mirada es la proyección del deseo del espectador, de modo que las miradas se representan en la imagen, o bien, las imágenes son la representación de la mirada. En suma, la mirada del espectador crea la imagen como satisfacción de su necesidad y deseo de ver.

Desde este panorama, pensemos que el cuerpo es una pizarra donde proyectamos la mirada a causa de una pulsión escópica. El cuerpo por sí mismo, es un trozo de carne ausente de significado. En el momento de mirarlo y significarlo es que se ha vestido de lenguaje, dejando de ser un objeto-cosa para representarse en un significante que quiere ser narrado, es decir, el cuerpo pide una historia con miles de significados que brotan de la mirada, el deseo y la necesidad de ser visto.

Si la culpabilidad se instala en el cuerpo femenino y es de origen inconsciente, amordaza a la mujer y le imposibilita pedir ayuda llegando al extremo del suicidio. La culpabilidad inconsciente lleva a los desfiladeros del sadismo, para Freud, existe un componente destructor que se instala en el super-yo y amenaza al yo. En el super-yo reina el instinto de muerte que consigue llevar al yo verdaderamente a la muerte si es que no se puede librar mediante un síntoma o una manía. (Freud, 1923).

La pulsión de muerte se instala en el super-yo e impone un mandato: destruir, proyectando su poder al exterior por un instante, un exterior que está habitado por los otros en el montaje de una escena, de un simulacro, pero a fin de cuentas, la pulsión mortífera regresa sobre el yo y atenta contra el cuerpo por ser el objetivo más próximo en lo material.

La pulsión de muerte hace sus efectos en la melancolía, en la neurosis obsesiva y en la histeria. En estas manifestaciones psíquicas, el sentimiento de culpabilidad es tan intenso que arrasa con el cuerpo.

Se trata de un cuerpo dolorosamente vivido, al extremo que desborda delirios de fragmentación y goces del imaginario manifiestos en enfermedades orgánicas y psíquicas. Entre la culpa que asalta los imaginarios y los convierte en sus rehenes, y el acoso persecutorio de la racionalidad masculina en tiempos de la barbarie posmoderna, el cuerpo de la mujer no puede liberar su placer, que es la vía para transformarse en sujeto femenino.

Las mujeres han abandonado el ideal del romanticismo que relatan los pasajes del amor cortés, en la estampa del galante enamorado, que mira a la casta doncella que busca marido a través del paño blanco que cae a sus pies, en señal de aceptación de su amor. En la literatura del renacimiento y de la ilustración se plasma la sutileza del deseo femenino en la pasión exquisita. La diferencia es que en nuestro siglo, esta pasión se representa en la organización de las mujeres para cuidar su salud física y mental por medio de sus voces, narrando sus historias privadas que trascienden a la vida pública en el momento en que se socializan.

En este tiempo los cuerpos femeninos relatan las formas de su sexualidad, el contenido de sus sueños, los funcionamientos de su energía vital y sus modos de goce.

Cuando los relatos de una mujer encuentran semejanza con las narraciones de otras mujeres, cuando la

solidaridad las une para emprender aventuras y luchas contra la opresión, cuando son capaces de escuchar y comprender sin censura, es el momento en que asumen que su cuerpo es un tejedor de sus propias historias.

Si el cuerpo es el reflejo de la energía vital que se desplaza de nuestro interior hacia todo el cosmos, ¿Por qué algunas mujeres atentan contra su cuerpo destruyendo su carne en segundos como es el hecho de suspender su alimento, o lo someten a la obesidad atroz que pervierte la imagen y la identidad en la extrañeza de una hinchazón punzocortante del bienestar integral, al igual que provocan su rostro desfigurado por las cirugías reconstructivas que demuestran la intención de un yo que pretende escapar de su cuerpo? ¿Es acaso que de pronto surge el deseo de borrar los recuerdos de las primeras inscripciones infantiles que dibujaron el rostro?

Las psicopatologías de género hablan de psicosis, paranoia, esquizofrenia, histerias, fobias y trastornos maniaco-depresivos, configurando cadenas de síntomas y malestares que repercuten en comportamientos, que a juicio de la mirada médica, salen de la normalidad. ¿Y qué es lo normal, qué lo patológico, como guiar la terapéutica entre los dos campos, si su frontera es una línea casi invisible? ¿Acaso las mujeres *normales* son las que no externalizan conflictos psíquicos ni trastornos orgánicos y solo viven el silencio de sus síntomas en la cultura de la opresión?

El saber de las mujeres no lo tiene el encuadre gineco-obstétrico, ni las tomografías, ultrasonidos y rayos X. La pregunta ¿De qué están hechas las mujeres? Solo se contesta desde el relato de cada mujer que es la aproximación a su experiencia. El saber médico de occidente insiste en hacer mapas de su cuerpo, de su cerebro, con el supuesto que su mente habita en el complejo neurofisiológico de este órgano. Las redes neuronales no hacen la conciencia:

“Ciertos estados de conciencia son no-espaciales, mientras que todos los estados del cerebro tienen una localización espacial. La depresión en sí misma, por ejemplo, no se experimenta en un sitio concreto del cuerpo, aunque pueda tener ciertos efectos físicos... algunos estados de conciencia son transpersonales, por ejemplo, experiencias cercanas a la muerte y estados de unión mística, mientras que todos los estados del cerebro están encerrados en el cráneo.” (Woodhouse, 2003: 257).

La quiebra del paradigma cartesiano se hace evidente cuando el dualismo (mente-cuerpo) es insuficiente para interpretar a los humanos, en este caso, a las mujeres; muestra su imposibilidad para explicar la interacción de las conciencias, o el paso de la energía a la materia y de la materia a la energía. La dinámica psíquica de mujeres y hombres genera diversos estados de percepción de la multi-realidad. Desde luego, se trata de una expansión de la conciencia que va más allá del cerebro y sus funciones orgánicas. El viejo dualismo cartesiano sostiene la investigación científica en la acción del observador sobre los objetos reales, objetos que parecen estar separados entre sí, de modo que la realidad es unidimensional, y el observador selecciona un objeto para su investigación.

En particular, *“muchas epistemologías alternativas implican una cosmovisión en la que se considera que la experiencia humana (incluyendo pensamientos, sentimientos e intenciones) interactúa de manera causal conforme a sutiles de energías, fuerzas o espíritus para crear una respuesta sanadora. Tales creencias generalmente no encuentran lugar en el paradigma científico moderno” (Schlitz y Harman, 2003: p. 195).*

En este sentido, al hacer el comparativo con los trastornos femeninos, el ginecólogo es el eterno observador de un objeto fijo e inerte que ha llamado órganos sexuales, sin reconocer que la sexualidad es energía y materia

entrecruzada que produce multiplicidad de efectos en los que también es un participante.

Si el dualismo médico llevó a la psiquiatrización del cuerpo femenino, con la idea de la enfermedad mental y su conexión con el útero, tomando el caso de la histeria como la locura femenina por excelencia, implícitamente conlleva la apropiación de los cuerpos y el control de sus deseos. Un cuerpo que se interpreta la vía de los humores, los fluidos linfáticos y principalmente por las variaciones de temperatura en el útero asociadas a las reglas menstruales.

Se trata de una explicación de la ciencia en torno a la energía sexual, tomando como objeto material el útero para convertirlo en objeto de estudio. La explicación científica no ha considerado que la energía traspasa el tiempo y el espacio: cuando el investigador tiene una respuesta acerca del funcionamiento de un trastorno psíquico, la dinámica intrínseca del fenómeno irónicamente le muestra su ineficacia.

El saber psiquiátrico coloca a las mujeres en la búsqueda de sus cuerpos... aquello que les diga quienes son, que desean, que padecen, o sea, que las nombre como sujetos. Los médicos psiquiatras pasan a ser, entonces, los sustitutos de aquellos sacerdotes que anteriormente escuchaban las confesiones de las mujeres (Burin, 2000).

Bajo este régimen, la patologización de la sexualidad femenina ha convertido la subjetividad en locura, en un trastorno escandaloso que se debe medicalizar.

LAS RELACIONES DE GÉNERO EN LA CONSTRUCCIÓN CIENTÍFICA Y SOCIAL DEL CUERPO FEMENINO

LA COHESIÓN SOCIAL, es una de las necesidades de la sociedad, y se consigue transmitiendo de padres a hijos formas de vida, costumbres y valores, es decir, recreando y reforzando constantemente el orden social. Douglas (1988: p. 132) consideraba que “El cuerpo es un microcosmos de la sociedad y reproduce en pequeña escala las potencialidades y los peligros que acechan al sistema”.

A través de la construcción simbólica del cuerpo (Salinas, 1994; Acuña, 2004) la sociedad precisa la forma en que los seres humanos se relacionan, formulan sus normas, establecen sus valores y controlan sus conductas sociales mediante el aprendizaje de las expresiones y significados simbólicos del cuerpo. Todo esto, constituye la matriz de las percepciones, de los gestos, posturas, del modo de presentarse; cada uno en función de su posición dentro del orden social y económico en el que están implícitos determinados roles, entre los que se encuentran los inherentes a la división sexual del trabajo.

El cuerpo ha sido estudiado desde las distintas ciencias y cada una de ellas ha dado su particular enfoque a su estudio y/o control. La medicina fue la pionera de todas las ciencias que se han ocupado del cuerpo, en este caso atendiendo y luchando contra la degeneración del cuerpo, el sufrimiento y la enfermedad. Desde esta disciplina se asignó al cuerpo una serie de funciones biológicas, partiendo del cuerpo del varón, como la normalidad,

y construyendo el de la mujer comparativamente a partir de este. En general, las ciencias biomédicas, a través de sus discursos, han ido construyendo teorías sobre las diferencias físicas entre el cuerpo del hombre y la mujer, centradas en las diferencias sexuales (dimorfismo sexual). Estas diferencias sexuales han servido de base para construir desigualdades que han asignado a la mujer una posición física, social e intelectual inferior a la del hombre, y en consecuencia le han marcado roles sociales de dependencia y subordinación (Laqueur, 1994).

Durante años las ciencias médicas han especulado, explicado y/o interpretado estas desigualdades como un hecho natural, inherente a la condición biológica diferenciada del cuerpo de los varones y las mujeres (dimorfismo sexual e inferioridad del cuerpo de la mujer), a este respecto se encuentran numerosas fuentes históricas, como por ejemplo algunos tratados de medicina como Huarte de San Juan, de 1575, analizado por Femenías (1992: p. 15-29). Muchas de estas obras justifican la inferioridad de la mujer con respecto al varón, basándose en las diferencias de sus cuerpos. Estos tratados, se basaban en Aristóteles, Platón y Galeno, y sus teorías siguen vigentes en el siglo XIX y principios del XX donde se mantienen discursos sobre diferencia sexual, diversidad biológica y desigualdad social, y la diferencia sexual pasa de desigualdad/inferioridad orgánica, a desigualdad/inferioridad intelectual.

El concepto manejado por la ciencia para explicar las diferencias entre varón y mujer ha sido el de sexo. Este concepto marca las diferencias orgánicas entre machos y hembras, diferencias que se han constituido de acuerdo con perspectivas investigadoras de carácter androcéntrico, tomando al varón o lo masculino como referente, y legitimando las relaciones sociales asimétricas de género.

Esta diferencia lleva asociada una carga de inferioridad que fue orgánica hasta el siglo XVIII y que a partir

del XIX se convirtió en inferioridad intelectual, en el siglo XX, pone de manifiesto el mensaje de estos discursos y denuncian la segregación histórica de las mujeres. En la actualidad existen numerosas obras sobre género, ciencia y epistemología feminista, que demuestran que esta diferenciación basada en el sexo es una de las múltiples formas de explotación del cuerpo de la mujer y a la vez una de las más universales, también muestran cómo todo esto ha influido en la asignación de los distintos roles profesionales (Laqueur, 1994; Flecha, 2001; Cabré y Salomón, 2001; Ortiz, 2001; Martín Casares, 2006).

La percepción del cuerpo y el conocimiento del yo, han ido cambiando en el tiempo. Foucault (1985) señala que el cuerpo para cada sociedad, además de un hecho biológico, es un territorio cargado de representaciones en donde permanentemente se construyen imágenes culturales, en donde se deja notar el espacio y el tiempo, y en donde se proyectan señas de identidad y de alteridad.

La etnología muestra un cuerpo moldeado por la organización social y por su ideología dominante para cumplir objetivos de producción y reproducción social. El pensamiento patriarcal, dominante, ha relegado el cuerpo de la mujer y sus experiencias al ámbito de lo natural y lo intrascendente, y su capacidad intelectual a la simple intuición. Por otro lado, la posición de clase de las mujeres se consolida a través de sus relaciones sexuales, y este hecho ha llevado a que la regulación del cuerpo se haya ligado de una manera muy estrecha al control de la sexualidad femenina. Mediante el control del cuerpo femenino, se pretendía asegurar la autoridad familiar y la distribución de la propiedad y de las riquezas, entre otras cosas. Según Turner, la institución familiar tradicional y concretamente la distribución de roles, y con ello la del poder, refleja el orden imperante en la sociedad (Turner, 1996).

Cada sociedad o grupo ha generado una serie de elementos de interacción corporal propios que pueden obe-

decer a prácticas sociales de su entorno y a otros concretos que forman parte de un bagaje donde confluye una mezcla de elementos biológicos y de adaptación social. Así se han ido construyendo, entre otras cosas, las diferencias entre hombres y mujeres.

Las aportaciones teóricas más relevantes sobre la producción social del cuerpo, según Buñuel, aborda tres grandes bloques teóricos (Buñuel, 1994: 101-106): el cuerpo cómo signo y mercancía de la sociedad de consumo, el cuerpo cómo lenguaje y el cuerpo como lugar de control y de poder.

Nuestra línea de argumentación se situará en las dos últimas aportaciones teóricas mencionadas, ya que por una parte se basa en la interpretación de la realidad existente entre las personas dentro de la vida cotidiana, mostrando cómo se utiliza el cuerpo como fachada, como envoltorio para conseguir credibilidad en la comunicación e interacción con los demás; esto lo describió, Goffman en 1987 como “Método del dramaturgo”.

La sociedad ha ido creando imágenes y simbolismos que han conformado los distintos roles sociales y las distintas ocupaciones a las que se les ha atribuido un cuerpo con un determinado sexo, vinculándolo a desigualdades de poder. El cuerpo es tomado como signo dentro de un sistema simbólico: signo de pertenencia, signo de posición social, signo de estatus de poder.

Quiero trasladar estas ideas a la utilización que se ha dado de la imagen femenina de las mujeres que atraviesan por el climaterio y la menopausia, para poder comprender cómo la mujer asume, a pesar de los cambios que ha habido, una carga simbólica que interfiere de forma más o menos consciente en su desarrollo personal y en la que influyen dos aspectos que se solapan: que al pasar por el climaterio se acaba la vida sexual y por consiguiente se reduce su poder y control que pueden tener sobre sus cuerpos y sus parejas; además se percibe que dejas

de ser valorada dentro del entorno familiar por la misma naturaleza tradicionalmente femenina de su rol central que son los cuidados.

La mujer va creando representaciones, donde culturalmente asume su cuerpo como eje básico para la reproducción, lo que le da una fuerte identificación como mujer. En la sociedad actual se le da mucha importancia al cuerpo como signo y mercancía de la sociedad de consumo, la mujer al entrar a la etapa del climaterio y menopausia tiene muchos cambios biológicos que alteran y modifican su cuerpo, el cual en cierto sentido de acuerdo a estos valores sociales deja de ser atractivo, pero también deja de tener control y poder. El climaterio y menopausia se asocia a vejez, en cambio en el hombre conforme pasan los años, en la sociedad lo identifican como maduro e interesante.

Una vez conocido como la división social de los roles masculino y femenino parten de la visión desigual e inferior de las mujeres, y propicia diferencias en las formas de relacionarse y distribuir el poder según el sexo, queremos también explorar cómo puede esto estar afectando al desarrollo de la mujer durante el climaterio y la menopausia.

DEFINICIÓN DEL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

CLIMATERIO: APROXIMADAMENTE HACIA los 40 años de edad disminuye la frecuencia de las ovulaciones señalando esto el inicio de un periodo de deterioro progresivo en la función ovárica, llamado climaterio. Esta etapa puede durar hasta 20 años siendo la característica fundamental un agotamiento de las células reproductoras (ovocitos) en el ovario con la consiguiente disminución en la síntesis de estrógenos. Todos estos nuevos eventos se manifiestan con menor fertilidad, menopausia y los síntomas característicos que más adelante describiremos (Gándara, J, 1997).

Menopausia: se llama así a la fecha de la última menstruación en la vida de la mujer; que va de los 45 hasta los 55 años de edad. Si tenemos en cuenta la definición de un diccionario encontraremos lo siguiente: término que se refiere al último sangrado menstrual derivado del agotamiento de los folículos ováricos por envejecimiento celular u otras causas como pueden ser la cirugía, radiaciones (Gándara, J, 1997). La menopausia, entendida como el cese permanente de la menstruación, es un evento fisiológico normal, uno más en una serie de modificaciones hormonales, producto de la disminución de la actividad folicular ovárica. Ella se inscribe en un proceso más amplio, que se conoce con el nombre del climaterio (Speroff, 2000). En este sentido, climaterio y menopausia se relacionan, más no son sinónimos. Uno es un periodo, mientras que el otro es un evento puntual.

ENFOQUE CULTURAL Y SALUD

EL ESTUDIO Y la reflexión de lo que entendemos por cultura, tanto sobre su definición y las concepciones de la misma, como sobre sus características más relevantes, son fundamentales para entender su relación en la percepción del climaterio y la menopausia.

Parece lógico, por ello, hacer una serie de comentarios básicos en torno al concepto de cultura, concepto que, por otra parte, ha sido definido de los modos más diversos (Kahn, 1975). Sin pretender agotar el tema, pues no se trata en este artículo de realizar un análisis exhaustivo de los diferentes significados del concepto de cultura, ofrecemos a continuación algunos elementos que creemos que hay que considerar para tratar el tema de la percepción cultural.

Etimológicamente, la palabra cultura significa cultivar. Desde esta perspectiva, se hace una distinción clásica entre el hombre y la mujer cultivados, instruidos, y el hombre y la mujer incultos o iletrados. Jordán (1997) nos presenta un concepto formal de cultura como conjunto de significados que dan sentido o filtran la forma de entender la realidad física, social y espiritual en la que se inserta. Señala una definición formal de cultura, que nos parece especialmente interesante, como el conjunto de significaciones persistentes y compartidas, adquiridas mediante la filiación a un grupo social concreto, que llevan a interpretar los estímulos del entorno según actitu-

des, representaciones y comportamientos valorados por esa comunidad: significados que tienden a proyectarse en producciones y conductas coherentes con ellos.

En nuestra aplicación del concepto de Plog y Bats (1980) quienes definen la cultura como el sistema de creencias, valores, costumbres, conductas y artefactos compartidos, que los miembros de una sociedad usan en interacción entre ellos mismos y con su mundo, y que son transmitidos de generación en generación a través del aprendizaje (p. 19).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 1982) ha desarrollado unas definiciones globales del concepto de cultura. Una muy utilizada es aquella que afirma que, en su sentido más amplio, se puede decir que ahora la cultura es todo el complejo de rasgos espirituales, materiales, intelectuales y emocionales distintivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social. No solamente incluye el arte y las letras, sino también los sistemas de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias.

Por otra parte, el Proyecto de Declaración sobre Derechos Culturales, entiende que el término «cultura» comprende los valores, las creencias, las lenguas, los conocimientos y las artes. Las tradiciones, las instituciones y las formas de vida mediante las cuales una persona o grupo expresa los significados que otorga a su existencia y a su desarrollo (Barcelona, 1998). Y también, entiende la comunidad cultural como un grupo de personas que comparten referencias culturales constitutivas de una identidad cultural común, la preservación y desarrollo de la cual consideran esencial para su dignidad humana, en el marco del respeto de los derechos humanos.

CULTURA, COMO FORMA DINÁMICA DE SER DE LA MUJER

A PARTIR DE estas definiciones podemos deducir y presentar en apretada síntesis algunas conclusiones en torno a la cultura y el climaterio. En primer lugar, podemos afirmar que cultura es aprendizaje. Cultura es aquello que los hombres y las mujeres han construido a lo largo de la historia: conjunto de formas de vida, costumbres, representaciones sociales, creencias, normas, mitos, valores, rituales. Es todo lo que se aprende y se transmite socialmente por y dentro del mismo grupo. No forma parte de la herencia genética ni se produce por medios genéticos. La palabra cultura designa la manera de ser de una determinada comunidad humana, sus creencias, sus valores, sus costumbres y sus comportamientos (Besalú, 2002, p. 24). Entendemos, también, que la cultura no es algo natural, permanente, esencialista o ahistórico (Bolívar, 2001, p. 278) como manifiesta el enfoque multiculturalista. Las manifestaciones de las identidades culturales tienen, más bien, un carácter contextual e histórico, contingente y fluctuante, dinámico y dependiente de su construcción histórica. Estos rasgos culturales evolucionan y se modifican, aunque pueden tener una relativa estabilidad que marca la identidad cultural. La cultura se adquiere, por consiguiente, a través del proceso humano de socialización. Cultura aprendida y transmitida. Es dinámica y da sentido y significado a la realidad a la que se adapta y está siempre en evolución, permitiendo a los grupos sociales

hacer frente a los problemas de la vida. La cultura es el filtro a través del cual percibimos la realidad. Es como miramos el mundo, lo interpretamos y con el que nos relacionamos. La cultura no es solamente conducta aprendida, es también un determinado modo de interpretación de la realidad. La cultura da sentido a la realidad. No es estática y, si se encierra en sí misma, más empobrecida queda esa cultura. Se transmite entre otros medios, a través del lenguaje, de los símbolos y de los rituales sociales.

MENOPAUSIA Y CLIMATERIO, PARTE DE LA VIDA COTIDIANA

EL NÚMERO DE mujeres que sobrepasan la cuarta década de vida, ha aumentado y con ello debe crecer el número de cuidados que la mujer tiene que contar para mantener una salud acorde a su edad. Durante la vida de la mujer se presentan diversas enfermedades, etapas y procesos; uno de ellos es la menopausia y el climaterio. No es que la menopausia y climaterio se piensen como una enfermedad rara o no deseable como una etapa más en nuestras vidas ni mucho menos. Hay que reconocer que en las poblaciones humanas contemporáneas el sector de mujeres posmenopáusicas es cada vez más amplio y que deben ser atendidas por el sector salud ya sea público o privado. Encontrar una mujer adulta, posmenopáusica o anciana en poblaciones prehispánicas, por ejemplo, era un evento sumamente raro, ya que la mayoría de ellas había muerto antes de cumplir los 25 años. Sin embargo en las sociedad actuales los individuos llegan a tener edades de hasta 80 años, por lo que en este sentido hay que prever que calidad de vida tendrán estas mujeres cuando pasen por la etapa del climaterio y la menopausia.

Al igual que en muchos procesos biológicos humanos, en el desarrollo del climaterio interviene un amplio conjunto de factores de orden fisiológico, hormonal, nutricional, psicoemocional, social y cultural. No obstante, también es un factor desencadenante de diversas transformaciones que van desde lo netamente fisiológico has-

ta lo sociocultural o emocional. Con esto, la menopausia y el climaterio deben entenderse como causa y efecto de muchos cambios (Carmenate *et al.*, 1991; Bernis, 1995; Casamadrid, 1998; Guerreiro *et al.*, 2000).

Diversos estudios han observado que la mayoría de las mujeres experimentan la menopausia natural entre los 45 y 55 años (Yabur, 2006). Sin embargo, investigaciones desarrolladas en distintas poblaciones sugieren algunos factores de orden ecológico que pueden intervenir y modular el momento en el que una mujer deja de menstruar de manera permanente (Luoto, 1994; Varea, 2000; Palmer, 2003; Windham, 2005).

Se sabe, por ejemplo, que los derivados de la combustión del tabaco tienen efectos antiestrogénicos, de modo que adelantan la menopausia aproximadamente 2 años (Reyes, 2001; Windham, 2005). Por el contrario, algunos autores sostienen que el consumo de contraceptivos orales pudiera retrasar dicho evento (Celentano, 2003).

Durante la transición menopáusica se presentan con frecuencia una serie de síntomas y transformaciones corporales, que se han asociado al desarrollo de distintas afecciones de salud. Tales cambios van desde los llamados síntomas climatéricos (sofocos, sequedad de la piel, disminución del apetito sexual, sequedad vaginal, depresión, entre otros) hasta las modificaciones de la composición corporal (aumento y redistribución de la grasa corporal, disminución de la masa ósea y muscular).

Tales transformaciones están fuertemente determinadas por el nuevo ambiente hormonal que experimenta la mujer, pero se sabe que algunos aspectos no hormonales intervienen en la intensidad con la que se experimentan. Por ejemplo, las características de la dieta (calidad, cantidad y frecuencia de consumo de determinados alimentos), así como también algunos hábitos de vida diaria (actividad física, consumo de tabaco o café) son factores

importantes en la modulación de esos cambios (Marroddán, 1995; Douchi, 2000; Guerreiro, 2000).

La tendencia al aumento de peso que presentan muchas mujeres durante el climaterio es el resultado de varios factores. Con la vejez se reduce de manera importante la frecuencia y la intensidad de la actividad física, bien sea por causas netamente fisiológicas como, por ejemplo, la disminución de la masa muscular y, por ende, de la fuerza física, o por causas de orden psicosocial, como la pérdida del interés en la actividad física. Diversos estudios han observado que muchas posmenopáusicas consumen más alimentos de los que fisiológicamente necesitan. De hecho, un exceso de tan solo 200 calorías cada día se traducen en un aumento de 10 Kg. en un año (Botella, 1990; Douchi, 2000; Guerreiro, 2000).

La alimentación constituye uno de los elementos que más influye en el estado de salud, especialmente en el relacionado con el sistema cardiovascular. Durante la posmenopausia, por razones hormonales, se produce un incremento de los niveles de colesterol total, y si a este fenómeno se le une el importante poder aterogénico e hipertensivo de una dieta rica en lípidos, así como el aumento del peso, el resultado directo es el incremento del riesgo de desarrollar enfermedades coronarias.

En la vejez, y en la posmenopausia, un número significativo de mujeres experimentan una marcada disminución de la densidad ósea. Este fenómeno, conocido como osteoporosis, es uno de los responsables de muchas de las caídas y fracturas de cadera que se observan en esta etapa de la vida femenina. Un elevado consumo de café, alcohol y de productos ricos en proteína y sodio aumentan la excreción de calcio a través de la orina, por lo que se consideran factores que incrementan el riesgo de desarrollar osteoporosis en hombres y en mujeres. Del mismo modo, el tabaquismo, el sedentarismo y un bajo consumo

de calcio en la juventud intervienen en la rápida disminución de la densidad mineral ósea.

Por otro lado, un elevado porcentaje de grasa corporal, con su consecuente aumento de peso, se ha visto asociado con el desarrollo de diversos tipos de cáncer. La prolongada exposición a los estrógenos derivados de la conversión periférica de los estrógenos en el tejido adiposo, podría ser uno de los factores desencadenantes de, por ejemplo, el cáncer de mama. En este sentido, se ha encontrado que un índice de masa corporal (IMC) superior a 25 Kg/m² es un factor de riesgo de desarrollar este tipo de carcinoma (Bianchini, 2002).

La pobreza, y especialmente las deficientes condiciones sanitarias y nutricionales que la acompañan, es otro de los factores que complican el estado de salud de las mujeres posmenopáusicas. Del mismo modo, el aislamiento y la soledad, condiciones muy típicas de la vejez, hacen más vulnerable a las climatéricas y ancianas frente a los múltiples problemas asociados a este período. De hecho, se ha observado que la mayor parte de las fracturas invalidantes y de los problemas de orden nutricional se presentan en ancianos que viven solos o que están en centros de atención geriátrica (Anzola, 1993; López y Montoro, 1998; García y Martínez, 1999). Todos estos factores mencionados previamente confluyen en determinados sujetos que, en el caso de ser mujeres adultas o ancianas, hacen de este grupo uno de los sectores etarios de más riesgo sanitario. De allí la importancia de conocer los agentes moduladores del riesgo de desarrollar enfermedades propias del adulto (Valera, 1999).

FISIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DEL CLIMATERIO

CONFORME VA DISMINUYENDO la función ovárica, se produce una pérdida secuencial de la función de los tejidos dependientes de los estrógenos. Desaparecen la ovulación y la menstruación; así como también se producen cambios en la vagina, tejido vulvar o en las mamas, por ejemplo los periodos menstruales se hacen irregulares con disminución del flujo o con hipermenorrea; los ciclos se hacen anovulatorios y la fertilidad disminuye (Aranda, 1998).

El síntoma más frecuente son los sofocos siendo la causa de este síntoma un poco desconocida aunque si sabemos que se producen con más frecuencia por la noche. El descenso de los estrógenos provoca atrofia de los tejidos que afectan a la vagina, vulva, uretra, y piel en general. En los años posteriores puede aparecer dispareunia o coitalgia, prurito y problemas urinarios. También podemos encontrar ansiedad, depresión, hipertensión, cefaleas, dolores musculares, palpitaciones o disfunciones sexuales (Ben-David M;1976 L Hermie M,1976). La osteoporosis y las enfermedades cardiacas aumentan después del climaterio debido a que los estrógenos poseen un efecto protector que evita estos trastornos. Por otra parte también hay que tener en cuenta posibles hemorragias uterinas, cáncer, hiperplasias endometriales y todos los aspectos relacionados y derivados del tratamiento sustitutorio con estrógenos (Aranda,1998).

EDAD DE LA MENOPAUSIA

DE UNOS PAÍSES a otros, de unas civilizaciones a otras y teniendo en cuenta la constitución de las mujeres, sus hábitos y su historia sexual, la edad del climaterio y la menopausia pueden modificarse, así como también las manifestaciones clínicas. De hecho muchas mujeres refieren la aparición de una edad crítica singularmente tardía aunque en realidad lo que ocurre es que no se han dado cuenta de que han entrado en una nueva etapa de su vida (Salas, 1990). Así pues han pasado por esta fase biológica sin casi presentar síntomas. Otras, en cambio, refieren manifestaciones clínicas muy acentuadas. El trabajo y la vida reproductiva anterior determinan cambios a veces muy importantes en el momento de la aparición de las manifestaciones climatéricas, de manera que pueden adelantarla o retrasarla (Salas, 1990).

EDAD DEL CLIMATERIO

ALGUNOS AUTORES HACEN durar el climaterio de los 40 a 48 años, dividiéndose en fase pre menopáusico, fase peri menopáusica, de los 49 a los 51, y la fase postmenopáusica, de los 52 a los 55. Pero esto es un poco como querer y presuponer que la menopausia va a tener lugar a los 50 años exactamente. Aunque esta es la edad no significa que no haya aún, dentro de lo que es fisiológico, variaciones considerables (Pacheco J, 1984). Por otra parte, a veces, hasta muy pocos meses o a veces semanas antes de la retirada de las reglas, la mujer no tiene sintomatología alguna, con lo que al período pre menopáusico casi no existe. En cambio, hay mujeres en las que la sintomatología empieza mucho antes y ya desde los 40 años empiezan a dar signos de pre climaterio. Otras veces, esta variabilidad, tiene lugar en la postmenopausia, y las mujeres arrastran sus fenómenos ovarioprivos hasta los 60 años muy pasados, mientras que, en otras ocasiones, apenas cesada la regla, la mujer se equilibra y no tiene síntomas de climaterio de ninguna clase. Habrá, por tanto, que distinguir entre un climaterio precoz y un climaterio tardío, e igualmente entre formas largas o cortas de la edad crítica (Pacheco J, 1984).

FACTORES QUE ADELANTAN LA MENOPAUSIA

COMO FACTOR PRINCIPAL, hoy en día, cabe destacar que las mujeres con mejor higiene, con más cuidados y mejor alimentación tienen la menopausia más tarde; y esto seguramente va asociado a un aumento en la duración de la vida media que se está produciendo en los países desarrollados.

Independientemente de este factor existen otros que sí parecen generar un adelanto de la menopausia, siendo estos los siguientes: (Riggs BL, and Spelberg, 1993).

a) Tabaco: en cuanto al tabaco podemos decir que las grandes fumadoras parecen tener facilidad para la insuficiencia ovárica y posteriormente un fallo ovárico precoz. Aproximadamente se suele producir un adelanto de dos años sobre la media; b) Ejercicio físico: se piensa que este factor va a influir en el adelanto de la menopausia debido a un fenómeno de hiperprolactinemia, estimulado por un aumento de opioides endógenos. Así pues, se ha pensado que trabajos agotadores adelantan la menopausia; c) Alteraciones cromosómicas, d) Autoinmunidad: sobre este factor hay que tener en cuenta que no está muy claro su influencia. Sin embargo, algunos autores sí están a su favor y tienen en cuenta al ovario poliquístico entre las posibles causas.

Por otro lado, también se piensa que la menopausia precoz no solo tiene como causa esta autoinmunidad del ovario, sino otras causas, como artritis reumatoides, tiroi-dos reumatoides, etc; e) Menarquia tardía: se piensa que la mayor parte de las mujeres con una menarquia tardía pertenecen sobre todo a países subdesarrollados donde

prima la malnutrición, produciéndose así una menopausia precoz; f) Embarazos anteriores: se ha observado una relación entre la multiparidad y la menopausia tardía. Por otra parte también se ha visto que mujeres con gestaciones por encima de los 40 años tienen la menopausia más tarde, g) Soltería: Parece ser que las solteras tienen la menopausia algo más temprano que las casadas, independientemente del número de hijos de estas últimas. Así pues parece que una ovulación ininterrumpida adelantaría la menopausia; h) Acción de los contraceptivos: las usuarias de contraceptivos orales tienen la menopausia antes que las no usuarias (Varela, 1999).

SINTOMATOLOGÍA DEL CLIMATERIO

UN SÍNTOMA COMO se sabe es señal o indicio de algo que está sucediendo o que va a suceder en el futuro, en este caso nos referimos al climaterio ya que de cierta manera tener síntomas nos ayudan a darnos cuenta si algo está mal, para que de esta manera podamos atender el problema a tiempo antes de llegar a los trastornos que nos afectan tanto en nuestra salud como en el aspecto psicológico o mental (Kohrt WM, 2009). Los síntomas tempranos son los bochornos y sudoración; estos son síntomas vasomotores desencadenados por un desequilibrio en los centros vasomotores del hipotálamo y caracterizados por aumento de la temperatura de la piel, vasodilatación periférica y frecuencia cardíaca acelerada transitoriamente. Los bochornos pueden ser desencadenados por estrés emocional, miedo, ansiedad. Ocurren en alrededor del 75% de mujeres; 80% los tendrán por más de un año y,

una de cada cinco, por más de cinco años. En el estudio personal en 667 pacientes, 59% manifestó bochornos; en 12% eran frecuentes, persistentes y molestos; 20% tenía preferentemente sudoración (Pacheco J, 1984).

La ansiedad, irritabilidad, y cambios de humor: las catecolaminas, principalmente los neuro-transmisores hipotalámicos dopamina y norepinefrina, parecen jugar un rol preponderante en modular el humor, el comportamiento, la actividad motora y la función hipotálamo-hipofisiaria (Pacheco J,1984).

Síntomas tardíos

Los síntomas tardíos de la menopausia son la vulvovaginitis atrófica, la cistitis atrófica, los cambios en la piel, los trastornos cardiovasculares, la hipertensión, y la osteoporosis. En el estudio de pacientes privadas, destacaron la hipertensión arterial (22%) y la vulvovaginitis y la cistitis atróficas (29%). No se hizo un estudio específico para osteoporosis, pero, 5% tuvieron sintomatología (Pacheco J. 1984)

TRASTORNOS GENERALES EN EL APARATO GENITAL Y URINARIO EN LA MUJER CLIMATÉRICA

COMO SABEMOS UN trastorno es una molestia, problema o perturbación que altera la vida de una persona o su estado de ánimo, los trastornos del climaterio y la menopausia se pueden evitar desde el momento de tener síntomas de estos fenómenos (climaterio-menopausia) (Gándara J,1997).

Trastornos Ovarios: la atrofia del ovario es la causa de la menopausia y del climaterio, y es debido a que los folículos primordiales se agotan. Entonces al seguir siendo estimulado, el ovario, no puede responder con la formación de estrógenos y menos aún de progesterona, por lo que vamos a tener un ovario inactivo o acíclico y solamente androgénico.

Útero: el útero va a tener unos cambios importantes derivados de la falta de progesterona y del descenso de estrógenos. El útero se atrofia y sus paredes se hacen más delgadas.

Vagina: debido a que el epitelio vaginal es estrogeno-dependiente, la falta de estrógenos va a determinar algunas alteraciones típicas. Se produce una disminución considerable de la flora saprofita, encargada de acidificar la vagina por lo que al faltar este sistema de autoprotección, la vagina se hace más sensible a infecciones exógenas.

Vulva: como también es estrogeno-dependiente se va atrofiando poco a poco. Los labios mayores y menores pierden turgencia y con frecuencia aparece prurito vulvar (síntoma característico del climaterio).

Suelo pelviano: se va a producir un relajamiento, sobre todo de los ligamentos del útero que se acentúa más en mujeres multíparas, provocándose los prolapsos de útero.

Mamas: se van a ir atrofiando progresivamente, pierden parénquima y grasa por lo que se hacen más pequeñas y con menor consistencia.

Quizás el problema más común en esta etapa sea la mastopatía fibroquística, debida a una proliferación y dilatación quística de los conductos galactóforos y los lobulillos mamarios.

Vejiga y uretra: con la menopausia se van atrofiando dando lugar a frecuentes cistopatías no infecciosas y también a alteraciones dinámicas de la vejiga. La incontinencia de esfuerzo aumenta considerablemente) (Gándara J,1997).

EFFECTOS CARDIOVASCULARES

EN CUANTO A los efectos cardiovasculares del climaterio podemos decir: que en primer lugar hay una tendencia a la elevación de la presión arterial y un aumento en la frecuencia de las enfermedades coronarias. Siendo notorio, que las mujeres padecen menos enfermedades coronarias que el hombre, aunque este fenómeno se invierte al llegar la menopausia, y esto es debido a que los estrógenos tienen un papel protector frente a los accidentes coronarios.

ALTERACIONES ESQUELÉTICAS

DESDE EL PUNTO de vista del aparato locomotor, dos son los efectos más característicos en la edad crítica, las artropatías y la predisposición de fracturas debidas a la osteoporosis (Martínez, 2009).

Artropatías: en cuanto a las artrosis en gran parte dependen de las alteraciones endocrinas y metabólicas específicas de esta edad.

Osteoporosis: es el problema sanitario más importante en esta etapa. Con este problema lo que nos vamos a encontrar es una ausencia de síntomas; es característico las rupturas de caderas debido a las caídas y a una pérdida de la masa ósea.

CAMBIOS PSÍQUICOS

DEPRESIÓN: ES LA afectación psíquica más común en las mujeres climatéricas.

Trastornos de la afectividad: su afecto por la pareja disminuye, centrándose más en los hijos, aunque lo hacen de forma selectiva, es decir, siempre por un determinado hijo; es la edad de los grandes favoritismos, a veces se vuelven egocéntricas. Toda esta crisis de afectividad, se manifiesta también en la esfera sexual, siendo en muchas ocasiones la causa de problemas matrimoniales, separaciones y divorcios. Trastornos de la emotividad: los síntomas principales englobados en este apartado son, el nerviosismo, la impaciencia, la irritabilidad, la facilidad para pasar de la risa al llanto, y los frecuentes estados de tristeza (Teran y Teppa, 2005).

LOS LÍPIDOS Y EL SISTEMA CARDIOVASCULAR

DESPUÉS DE LA menopausia, los estrógenos disminuyen rápidamente, mientras el cortisol producido por las suprarrenales no sufre variación; por lo tanto, incrementa la liponeogénesis y la gluconeogénesis, mientras la síntesis

sis de proteína disminuye. Las mujeres son relativamente inmunes a la enfermedad coronaria, hasta la menopausia. Los lípidos, incluyendo al colesterol y a los triglicéridos, son transportados en la circulación combinados con proteína, por lo que se les llama lipoproteínas. Las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) llevan triglicéridos y las lipoproteínas de baja densidad (LDL) transportan colesterol del hígado a la periferia para utilización o reserva. Las lipoproteínas de alta densidad (HDL) también transportan colesterol, pero, al parecer, de los tejidos periféricos al hígado (Lecerf,1993).

En las mujeres de edad avanzada, los niveles de ésteres de colesterol, triglicéridos y contenido proteico de las LDL están aumentados. Las proporciones disminuidas de ácido linoleico podrían afectar la movilidad lipídica en las lipoproteínas de dichas mujeres (Lecerf,1993). Las concentraciones de colesterol HDL son siempre mayores en la mujer que en el hombre. En la vida reproductiva esto resultaría por acción de los estrógenos ováricos. Las hormonas masculinas disminuyen los niveles de HDL; su persistencia hace que el HDL en la vejez se mantenga más bajo en el hombre que en la mujer. La acción de las hormonas es sobre la lipasa hepática que degrada al HDL, la que es estimulada por los andrógenos y suprimida por los estrógenos.

El déficit de estrógenos en la postmenopausia permite el incremento del colesterol LDL y una predisposición a la enfermedad coronaria, la cual puede ser disminuida con la administración de estrógenos (Persson, 1991; Samsoie, 1991; Stampfer, 1991; Wolf, 1991). Existen receptores de estrógenos y progesterona en las paredes vasculares de mujeres postmenopáusicas, sin variación de las mujeres en edad fértil, sugiriendo una sensibilidad básica en los vasos uterinos de mujeres de todas las edades independientemente de la producción de estrógenos en los ovarios. Así mismo, los receptores de progesterono-

na se sintetizarían independientemente de la influencia estrogénica (Bergqvist, 1993). Los estrógenos son capaces de aumentar el flujo sanguíneo en lechos vasculares, habiéndose demostrado que el 17B-estradiol induce una relajación independiente del endotelio de la arteria coronaria aislada de conejo y en preparaciones aórticas (Collins, 1993).

SEXUALIDAD

HOY EN DÍA, la mujer, no por ser menopáusica se encuentra vieja.

Con el aumento de la esperanza de vida, los cuidados estéticos y además de la pérdida de temor al embarazo, estas mujeres conservan intacto o casi intacto su deseo sexual. Aunque una cosa es el deseo y otra la capacidad sexual que como ya se dijo se ve disminuida por los cambios que se producen en la vagina, determinando una dispareunia o coitalgia de la que muchas mujeres vienen a quejarse como síntoma fundamental (Lezcano y Rodríguez, 1993). Se ha mencionado que la sexualidad disminuye en la mayoría de mujeres durante el climaterio (Lindgren, 1993). La disminución de estrógenos no modifica la libido, sino que los síntomas que acompañan al climaterio influyen negativamente sobre la libido. Más adelante, la sequedad y atrofia de la vulva y vagina pueden producir dificultad en las relaciones sexuales. También los factores sociales y el comportamiento del esposo tienen influencia importante.

FERTILIDAD DURANTE EL CLIMATERIO

LA FERTILIDAD DISMINUYE conforme la edad de la mujer se acerca a la menopausia (Stovall, 1991; Toma, 1991; Hammond, 1991; Talbert, 1991). La tasa de embarazos se reduce a 1,3/1000 entre los 45 y 49 años de edad y a 1/25000 después de los 50 años. Entre otros fenómenos, las prostaglandinas en las trompas disminuyen en la perimenopausia. La mujer deja de ovular después de los 52 años. Se ha reportado 15 casos de embarazo después de la menopausia (Keep, 1982; WH, 1982; Venneulen, 1982). Hubo mucho temor de administrar contraceptivos orales después de los 35 años, por el riesgo de trombosis venosa, embolia pulmonar, enfermedad coronaria y cardiovascular e hipertensión. Sin embargo, con las dosis mínimas que se utiliza el día de hoy, se ha ampliado la administración de los anovulatorios orales hasta la menopausia (Mishell, 1990; Pacheco, 1993) siendo alternativas el Norplant, el DIU, un método de barrera o espermicidas.

TRATAMIENTO MÉDICO

EL TRATAMIENTO DE la menopausia lo realizan habitualmente los ginecólogos, los endocrinólogos especializados en reproducción, los internistas y los médicos de familias (Reyes, 2001). En la historia clínica se deben incluir los datos sobre la menarquia, el ciclo menstrual, embarazos, función tiroidea, medicaciones, estrés, factores sociales, enfermedades sistemáticas, factores de riesgo de osteoporosis y cardiopatía. Se tienen que realizar exploración física y mamografías, prueba con guayaco y tinción de Papanicolau.

Los estudios de laboratorio consisten en análisis de sangre, electrolitos, enzimas hepáticas, pruebas tiroideas y glucosa (Reyes, 2001). También ha de llevarse a cabo un apoyo psicológico y una buena orientación e información ya que el 50% de las mujeres presentan alivio de algunos síntomas sin otras intervenciones.

PRINCIPALES ACCIONES QUE INCIDEN POSITIVAMENTE EN LOS HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

- Factores del comportamiento como el autoconocimiento, ajuste de la temperatura del medio físico y el ambiente, empleo de ropas frescas, y participación en grupos de apoyo.
- Evitar el fumar y tomar bebidas alcohólicas, hacer ejercicio.
- Remedios no convencionales como vitamina E, infusiones de hierba y relajación.
- Acudir al médico para ver la pertinencia de emplear fármacos: estrógenos, bifosfonatos, calcitoninas, fluoruro sódico, hormona de crecimiento y factores de crecimiento, hormonas paratiroides y otras.
- Implementar estrategias no farmacológicas: Suplementos de calcio y ejercicios con carga de peso.
- Revisar si es pertinente el tratamiento sustitutivo con estrógenos (TSE), ya que es el que se prescribe con mayor frecuencia para el tratamiento de los síntomas menopáusicos. Existe un consenso general en el que la dosis inicial debe ser la mínima necesaria que controle los síntomas. En las mujeres que conservan el útero se deben administrar también progesteronas para producir la descamación endometrial. Es importante explicar que con la administración cíclica de hormonas la mujer continuará teniendo hemorragias cíclicas, y que cuando se interrumpa el tratamiento o se olvide se pueden producir hemorragias irregulares y reaparición de los síntomas (Reyes, 2001).

LA SALUD DE LAS MUJERES MEDIANTE LA EDUCACION HOLÍSTICA

CURAR LA DEPRESIÓN o la esquizofrenia mediante las diversas propuestas terapéuticas que ofrece el discurso de la medicina, invalida otras formas de abordar las enfermedades mentales en las que no se recurre a los fármacos.

En el caso de la depresión, sabemos que el comportamiento de las mujeres ubicadas en esta definición, se caracteriza por la ruptura de las relaciones interpersonales, el desinterés por todo sentido de la vida, la melancolía y un estado de vacío acompañado del sufrimiento de no-ser, alteraciones del sueño y disminución del apetito sexual, por citar algunos signos. Las mujeres buscan una solución a su malestar y lo que encuentran es la medicalización para sus conflictos.

La tendencia médica de psiquiatrizar el malestar del ser es un procedimiento que no siempre funciona, puesto que los estados de vacuidad proceden de un desencuentro con el tiempo, el espacio, el momento histórico en el que viven las pacientes, la exclusión de su cultura en los desplazamientos territoriales, la amenaza de la guerra, la persecución, el exilio y la pérdida de seres queridos, por citar algunos eventos en el transcurso de sus vidas.

La mirada psiquiátrica toma la sintomatología y aplica la técnica farmacológica como solución definitiva a la complejidad del fenómeno depresivo. En lugar de escuchar las historias de las pacientes que al ser narradas, producen cambios de lugar del sujeto en su estructura psíquica y corporal. Si se aborda la depresión femenina con perspectiva de género, los ejes de análisis a seguir

son el malestar por la opresión masculina en el régimen de poder patriarcal, y el desequilibrio con la naturaleza.

La depresión, como dice Kristeva, es “un abismo de tristeza, un dolor incomunicable que a veces nos absorbe, en muchos casos durante largos periodos, hasta hacernos perder totalmente el gusto por la palabra, por la acción, por la vida misma” (cf. Kristeva, en Burin: 2000, 95) es el mal de la posmodernidad que da más importancia al mercado y al consumismo que al sujeto.

Curar los estados depresivos es un sinsentido, puesto que al decir de los psiquiatras solo se controla. En cambio, lo que sí tiene sentido para las mujeres es llevar sus estados de vacío a los ámbitos de reflexión de la conciencia por medio de la meditación Zen, que es un método de auto-entrenamiento para alcanzar el despertar que se manifiesta en el cambio del cuerpo y el espíritu.

“La meditación Zen no es solo un ejercicio religioso sino también el ajuste del cuerpo y el espíritu acompañado de un equilibrio psico-fisiológico... es la sabiduría oriental de todo el organismo.” (Deshimaru y Chauchard, 2005: 95).

De modo que las mujeres pueden combatir la depresión en el momento en que encuentren una fusión de su ser con el cosmos, armonizando la respiración y la acción del cuerpo, “si armonizamos nuestras acciones de cada día con la respiración, todo se vuelve sereno” (*ibídem*). La postura y la respiración hacen que el cuerpo se reúna con el espíritu, y como explicación científica del proceso fisiológico y químico del cerebro, el Zen hace decrecer la tensión cerebral, restablece el equilibrio entre el cerebro frontal y el hipotálamo y asegura el paso de la sangre por la capilaridad.

La concentración viene del cuerpo e influye en el espíritu, si la postura es justa, actúa a través de los músculos como intermediarios en el influjo nervioso y de ahí en el cerebro, tálamo e hipotálamo.

El impulso de la salud femenina nos lleva a considerar que las mujeres tienen una energía sutil y requieren una mirada que comprenda el cuerpo como un reflejo del mundo natural, que su energía y fluidos se visualicen como canales y ríos que confluyen en la inmensidad. Sus elementos: frío, calor, viento, sequedad y humedad, de acuerdo a su condensación y rarefacción, pueden generar estados de malestar y no de enfermedad en el concepto occidental que se utiliza para el desequilibrio del cuerpo y la energía.

La imaginación es una terapéutica necesaria para lograr el estadio de la salud, a partir del recuerdo, recuperando los sueños, sus mitos e imágenes para dar sentido a la existencia desde la tradición junguiana que los presupone como el lenguaje del alma, sin importar que el saber científico la considere un campo fuera de la ciencia, enclavada en la literatura y la poesía.

Es momento de que las mujeres asuman su cuerpo como la expresión de su espíritu, la imaginación como posibilidad de reencuentro consigo mismas y la terapéutica sea una búsqueda de sanación permanente a través de la meditación para el equilibrio de la unidad mente-cuerpo.

El recuerdo de la infancia, los sueños y la recomposición de las imágenes arcaicas son los elementos para propulsar la energía del flujo vital en el que la enfermedad desaparece y surge la equilibrada relación de energía - materia en el cuerpo y la conciencia.

El recuerdo histórico del cuerpo maltratado, la imposición de los delirios como naturaleza femenina, los sistemas de la culpa que se dejan ver en el comportamiento y el lenguaje, los estados de vacío, y la separación de cuerpo y alma, son el centro de atención de la mirada médica que patologiza las experiencias y la sexualidad femenina y tiene pasión por administrar medicamentos que regresen a las pacientes a la normalidad, es decir, al silencio de los síntomas para incorporarse al aparato productivo de

la sociedad, a la reproducción que la convierte en madre, como la tarea única y fundamental de las mujeres.

La mujer es alguien más que un compendio de patologías en la imperiosa necesidad de tomar fármacos para sobrevivir. Es mente, cuerpo, energía y conciencia que se desplazan en el cosmos.

El renacimiento de la conciencia femenina da señales para una nueva cultura de la salud en nuestro momento histórico y entorno social, que consiste entre otros puntos, en que las mujeres focalicen su cuerpo como el campo vital de su energía, para dejar atrás, de manera urgente, el régimen médico que las clasifica en funcionales y disfuncionales, expresión latente de una mirada reduccionista, que además pone distancia al sufrimiento de ellas por no ser escuchadas; se muestra incapaz de comprender la subjetividad femenina y la traduce burdamente como estadios patológicos; desconoce el respeto a la dignidad de las personas en la diferencia de sus comportamientos y percepciones de la realidad, en las latitudes de su imaginación y en las maneras de vincularse con los otros por medio de sus diversos mecanismos psíquicos.

En la medida que las mujeres pugnen por una cultura de la salud femenina, se abrirá la conciencia al torrente del flujo vita y vector que nos une al cosmos arrollara la mascarada de la enfermedad que solo es el síntoma del malestar femenino en la época de la opresión patriarcal.

DISCUSIÓN

DIVERSOS ESTUDIOS HAN observado que la mayoría de las mujeres experimentan la menopausia natural entre los 45 y 55 años (Yabur, 2006). Sin embargo, investigaciones desarrolladas en distintas poblaciones sugieren que es eco sensible, es decir, que algunos factores de orden ecológico pueden intervenir y modular el momento en el que una mujer deja de menstrual de manera permanente (Luoto, 1994; Varea, 2000; Palmer, 2003; Windham, 2005).

Al conocer y estar conscientes de lo que implica que la mujer inicie la (menopausia y climaterio) lleva consigo identificar que es una etapa más de la vida, no una enfermedad, además con el desarrollo tecnológico en el área médica y los cambios socioculturales, la mujer ahora tiene más oportunidades de iniciar algún tratamiento que le ayude a sobre llevar los síntomas o trastornos de la menopausia y el climaterio, de tal forma que no afecte su calidad de vida. Esta etapa desde hace tiempo, se le ha catalogado social y culturalmente como de las peores en la vida de toda mujer, y es por eso que en los individuos se van generando diversos tipos de ideas negativas, y eso mismo va ocasionando que la mujer presente una gran serie de síntomas psicológicos que después de ello se pueden generar hasta en trastornos reales.

CONCLUSIONES

COMO SE HABÍA mencionado, la investigación planteo como objetivos conocer la información que gira en torno al climaterio y la menopausia, sus diversos síntomas y tratamientos, para lo cual se logró recopilar la información necesaria para que de esta manera se pueda difundir más conocimientos y poder evitar trastornos más graves. De la misma manera se presentaron que síntomas o complicaciones se puede tener y tratamientos existen. Con la información anterior concluimos que las mujeres y la sociedad en general no deben generar una serie de prejuicios negativos sino al contrario tener más información que permita tomar las medidas preventivas necesarias y seguir con su vida normal. Para conocer la etapa del climaterio y menopausia se resaltó el punto médico, pero también se reflexionó que alrededor de esta etapas influyen factores de carácter social y cultural que si sin bien manejados pueden ayudar a tener estas etapas sin contratiempos que afecten la salud. Generalmente, en su vida adulta la mujer se dedica a criar una familia o desarrollar una carrera, o atender los quehaceres del hogar y cuidar a los enfermos. Es decir, vive para otros. Ahora es el momento de pensar más en ella misma, porque ha llegado el periodo más interesante de su vida, en el que su experiencia y su sabiduría deben ser aprovechadas.

Además, es la dueña absoluta de su cuerpo, debe gozar plenamente de su sentir, su actuar, escuchar los sonidos de su cuerpo y la sabiduría acumulada. La comuni-

cación en esta etapa es la clave de toda buena relación. Así mismo, el valor, el respeto, la ternura, el disfrute y la satisfacción plenos son principios que deben predominar en esta etapa, pues la menopausia no es una enfermedad, sino un momento glorioso de la mujer en donde pone en práctica todos estos principios. Para algunas mujeres este periodo significa el inicio de nuevos objetivos, el desarrollo de nuevas potencialidades, de autorrealización, independencia, autonomía personal, manejo de un nivel bajo de angustia y de ansiedad, buena autoestima. Es un periodo de aumento de energía generador de capacidad de trabajo y actividad vital. Gozar de una buena autoestima le permitirá comprender que la menopausia es únicamente la pérdida de su potencialidad reproductiva y permite la oportunidad de fortalecer las relaciones, tanto de pareja, como de otros tipos de relaciones afectivas. Pero si esta etapa de la vida se enfrenta y se vive como un proceso amenazador en donde prevalece la inseguridad, el miedo, la angustia, la preocupación por el futuro, por el estado de salud, entonces habría depresión, tristeza, desánimo, falta de interés en lo cotidiano, aspectos todos negativos que le van a afectar su calidad de vida. Aunado a estas experiencias la mujer puede percibir que: la belleza física ha disminuido, se ha acabado la capacidad reproductiva, los hijos han comenzado a hacer su propia vida, su pareja posiblemente esté ocupado en actividades laborales de mayor jerarquía, que le provocan tensiones y le consumen tiempo. Han dejado varios años de asistir a la escuela y no se han preocupado por mantenerse actualizadas en su campo profesional, dificultando su competencia laboral. Por otro lado, las prácticas tanto positivas como negativas, manejadas por las mujeres, y producto de la socialización estructuran su personalidad, su identidad, los valores y normas. Estos aspectos se reflejan en la forma cómo las mujeres asumen su sexualidad desde edades muy tempranas. En algunos se encuentra asociada a

la culpa, al miedo, la inseguridad, traduciéndose en anorgasmia e insatisfacción sexual. Las mujeres que asumen su sexualidad de manera abierta, segura y libre, no solo la disfrutan, sino también, obtienen éxitos mayores en otras actividades de su vida, como lo menciona la autora Mabel Burin en su libro *Las mujeres y la violencia invisible*, la cual anota: “el goce sexual contribuye a consolidar la salud mental de las mujeres y les permite orientar sus deseos hacia fines activos” (Burin, 1998: 69).

Es importante eliminar estos mitos y estereotipos creados a partir de una sociedad, porque denigran y minimizan a las mujeres en su proceso de menopausia. Pero, se desea recordar a las mujeres, que este periodo es el inicio de múltiples y grandes momentos de alegría, buen humor, es el momento de repensar y reflexionar sobre una serie de propósitos postergados.

“De hecho estamos iniciando lo que puede y debe ser el periodo más maravilloso de nuestra vida” (León, 1997: 42). Hay sabiduría acumulada, se puede estar enamorada de la vida, se sabe lo que quiere, se disfrutan las relaciones sexuales sin temor a un embarazo, se puede tener estilos de vida menos convencionales, más saludables y gozosos, con menos temor por la experiencia acumulada; es la etapa de crecimiento intelectual, laboral y de desarrollo espiritual con una gran capacidad de cambio; es decir, es el periodo apropiado para ser protagonista de su propia vida. Es necesario resaltar y recordar estas características, porque “forman parte de un flujo y reflujo de la vida” (Leroy, 1998: 204).

La historia del cuerpo femenino, sus desventuras a lo largo de la historia, la opresión de sus genitales y su sexualidad se han acompañado de las formas de irrupción a su intimidad. Las mujeres, portadoras de esos cuerpos han manifestado desequilibrios psíquicos que se muestran en el espacio somático, desequilibrios que implican sufrimientos, dolor, y mucho malestar de su ser.

El desequilibrio y la amenaza a la claridad de su conciencia, con los delirios y la culpa, se desprenden del régimen de vigilancia y control de la mirada médica que representa el poder patriarcal en su más clara expresión de opresión femenina. El poder de la mirada convoca al malestar de las mujeres en los terrenos familiar, laboral y existencial. Vivir en el régimen de la mirada significa estar observada en la salud y la enfermedad, ser condenada por las manifestaciones defensivas y restauradoras ante la locura como los delirios, y sentirse humillada por la culpa, un fenómeno inconsciente que enfrenta el deseo con la ley simbólica, pero fuertemente cargado de contenidos moralizantes.

La mirada que vigila si el cuerpo enferma o se cura, concluye con la imposición de la enfermedad corporal y psíquica, convirtiendo a las mujeres en las eternas pacientes que añoran los estados de salud en la extensa dimensión de la enfermedad. Han aprendido que la depresión y la melancolía se cura con somníferos y ansiolíticos que mantienen su sexualidad adormecida, sedan su deseo y producen imágenes deformadas en sus sueños.

El régimen de control de la psicopatología implementa la medicalización para disminuir el riesgo de la locura femenina, un riesgo para los estilos de vida patriarcal, caracterizados por el confort de los placeres materiales y el silencio de las voces que intentan hacerse escuchar. Intentos fallidos mientras la cultura de la opresión medique la pasión de existir.

La búsqueda de las mujeres no está en los territorios fuera de sus cuerpos, está dentro, en el dialogo con sus sueños que se comparten con otras mujeres y con los hombres que quieran escuchar. En el desarrollo de la conciencia universal para que se funda con la materia, con la energía y la naturaleza; en la vida cotidiana, en el aquí y el ahora, meditando, elevando el espíritu hasta el infinito.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña A. (2004).

La cultural a través del cuerpo. *Reflexiones teóricas e investigaciones empíricas*. Sevilla: Wancenleur.

Anzola, E; Wallace, R; Restrepo, H; Colsher, P. (1993).

"Análisis comparativo del envejecimiento en Brasil, Colombia, el Salvador, Jamaica y Venezuela". *Cuaderno Técnico* No. 38. USA, Organización Panamericana de la Salud.

Aranda Gallegos Javier E. (1998).

Ginecología y Obstetricia de México. Volumen 66(6).

Austad, S. (1998).

Por qué envejecemos. Qué está descubriendo la ciencia sobre la transformación del cuerpo a través de la vida. España, Paidós Contextos.

Ben-David M and L Hermie M: Prolactin and menopause. (1976).

"Consensus on Menopause Research". En: van Keep PA, et al. University Park Press, Baltimore.

Bergqvist A, Bergqvist D and Ferno M. (1993).

"Estrogen and progesterone receptors in vascular wall; biochemical and immunochemical assays". *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*; 72 (1).

Bernis, C. (1995).

Cambios globales en los estilos de vida y sus consecuencias sobre la salud reproductora. España, Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.

Bianchini, F, Kaaks, R, Vainio, H. (2002).

"Overweight, obesity, and cancer risk". *Lancet Oncology*. 3.

Botella Ll, J (1990).

La edad crítica. Climaterio y menopausia. España, Salvat.

Buñuel A. (1994).

La construcción social del cuerpo de la mujer en el deporte. En *REIS*; 68.

Burin Mabel, (2000).

El malestar de las mujeres, México. Paidós,

Cabré M, Salmon F. (2001)

Poder académico versus autoridad femenina: La facultad de medicina de París contra Jacoba Felicié en 1322. En: Cabré M, Ortiz T. *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. SXII-XX*. Madrid: Icara.

Carmenate, M; Prado, C, Martínez, A (1991).

"Patrones reproductivos de la mujer cubana", En: Botella, Mc; Jiménez, S; Ruiz, L; Du Souich, P (Editores) *Nuevas Perspectivas en Antropología*. España, Laboratorio De Antropología. Universidad De Granada.

Casamadrid, J (1998).

"Aspectos psicológicos y sociales" En: Carranza, S (Editor) *Atención Integral del Climaterio*. México, Mcgraw- Hill Interamericana.

Celentano. E, Galasso. R, Berrino. F, Fusconi. E, Giurdanella. Mc, Tumino. R, Sacerdote. C, Fiorini. Z, Ciardullo. Av, Mattiello. A, Palli. D, Masala. G, Panico. S. (2003).

Correlates of age at natural menopause in the cohorts of epic-italy. *Tumori*. 89 (6)

Christensen. K, Vaupel. J. (1996).

Determinants of longevity: genetic, environmental and medical factors. *J. Intern. Med.* 240

Collins P, Rosano GMC, Jiang C. (1993).

Estrogen cardiovascular protection; a calcium antagonist effect. *Lancet*; 341.

De La Gándara, J (1997).

"Condicionantes Sociales y Culturales de la Menopausia" En: Alonso et al. (Editores) *Menopausia y Trastornos Psicosomáticos*. España, Cauce Editorial.

De La Gándara, J (1997).

Condicionantes sociales y culturales de la menopausia" En: Alonso Et Al. (Editores) *Menopausia y Trastornos Psicosomáticos*. España, Cauce Editorial.

Deshimaru y Chauchard. (2005).

Zen y cerebro, Barcelona, Kairos,

Devereux Georges, (1984).

Baubo, la vulva mítica, Barcelona, Icaria Antrazyt.

Douchi. T, Yamamoto. S, Oki. T, Maruta. K, Kuwahata. R, Yamasaki. H, Nagata. Y. (2000).

Difference in the effect of adiposity on bone density between pre- and postmenopausal women. *Maturitas* 34 (3).

Douglas M. (1988).

Símbolos naturales. Madrid: Alianza Editorial.

Fnuap. (2000).

Vivir juntos, en mundos separados. *Hombres y mujeres en tiempos de cambio. Estado de la Población Mundial*. Usa, Fondo De Población De Las Naciones Unidas. Onu

Femenías ML. (1992).

Juan de Huarte y la mujer sin "ingenio" en el examen de ingenios. En: Amorós C. *Actas del Seminario Permanente Feminismo e Ilustración 1998-1992*. Madrid: Dirección general de las mujeres de la comunidad de Madrid.

Flecha C. (2001).

La educación de la mujer según las primeras doctoras en medicina, de la Universidad Española. En: Cabré M, Ortiz T. *Sanadoras, matronas y médicas en Europa*, siglos XIII-XIX. Barcelona: Icara.

Foucault M. (1985).

El discurso del poder. Buenos Aires: Gandhi SA

Foucault Michel, (1975).

El nacimiento de la clínica. S XXI editores, México

Freud Sigmund, (1923).

El yo y el ello, España. Obras completas, Biblioteca Nueva

García, B; Martínez, J.(1999).

Demografía de la vejez" En: Bazo M. (Coordinadora). *Envejecimiento y Sociedad: Una Perspectiva Internacional*. España, Editorial Médica Panamericana, 17-45

Godsland IF, Walton C, Stevenson JC (1991).

Carbohydrate metabolism as a cardiovascular disease risk factor- its relation to menopause and hormone replacement therapy. En Sarnsioe G "*Cardiovascular Disease and HRT. New perspectives*". The Parthemon Publishing Group, Camforth, New Jersey,.

Goffman E. (1987).

La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu.

Greenblatt RB, Gambrell RD (1976).

Estrogens and endometrial cancer. En: van Kepp PA, et al. "*Consensus on Menopausal Research*". University Park Press, Baltimore.

Guerreiro. V, Gargiulo. L, Caserta. L, Soriano. A, Nesti. E, Caserta. R.(2000).

Therapy hormonal effect on increased body weight and body fat distribution. Abstracts Of World Congress Of Gynecology And Obstetrics. *Inter J Gyn Obst*; 7(1).

Hayflick, L. (1999).

Cómo y por qué envejecemos. España, Herder.

Husmann F(1986).

Longterm metabolic effects of estrogen therapy. En: Greenblatt RB. "*A Modern Approach to the Perimenopausal Years*". Walter de Gruyter, Berlin-New York. Instituto Nacional de Estadísticas (Ine)(2005), Venezuela: estimaciones y proyecciones de población 1990 - 2015. Venezuela: Ine.

Jaspers Karl, (1972).

Escritos psicopatológicos, España, Alianza editorial.

Kunn TS. (1975).

La estructura de las revoluciones científicas. México: FCE.

Kohrt WM (2009).

"Medicina en la menopausia. Ejercicio y aumento de peso. ¿El ejercicio atenua o previene el aumento de peso que ocurre durante la peri y la posmenopausia?", *Revista del Climaterio*;12(72).

Laqueur TH. (1994).

La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Madrid: Cátedra.

Lecerf J (1993).

Variations in lipoproteins lipid type fatty acid composition in women of advanced age. *Atherosclerosis*; 98.

Le Goff Jacques, (2005).

Una historia del cuerpo en la edad media, Barcelona, Paidós.

Lezcano Ramos J L, Rodríguez Ferrá R, González Mora F, Ferrer Herrera I (1993).

Estudio de los trastornos psíquicos y somáticos que inciden en el climaterio. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 9 (2).

- Lindgren R, Berg G, Hammmar M, (1993).**
Hormonal replacement therapy and sexuality in swedish posmenopausal women. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*; 72.
- Llewellyn Barstow Anne, (1998).**
La caza de brujas. España, Tikal, Girona
- López, D; Montoso, C. (1998).**
El envejecimiento de la población en la unión europea. documentos del instituto de ciencias para la familia. España, Rialp.
- López Sánchez Oliva, (1998).**
Enfermas, mentirosas, temperamentales. México, Plaza y Valdés.
- Luoto. R, Kaprio. J, Uutela. A. (1994).**
Age at natural menopause and sociodemographic status in finland. *Am. J. Epidemiol.*
- Marrodán, M; González, M; Prado, C (1995).**
Antropología de la nutrición. técnicas, métodos y aplicaciones. España, Noesis.
- Martín A. (2006).**
Antropología del Género. Culturas mitos y estereotipos sexuales. Madrid: Cátedra.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2006).**
Anuario de mortalidad 2006. venezuela, ediciones del ministerio del poder popular para la salud. República Bolivariana de Venezuela.
- Mishell DR, Connell E, Haney A, Hodgen G, and Speroff L (1990).**
Oral contraception for women in their 40s. *J. Reprod. Med.*; 35. *Obstet Mex* 2005.
- Oldenhav A, Jaszman LJB (1993).**
Hysterectomized women with ovaries conservation refer more severe menopausal symptoms than normal menopausal women of similar age. *Am. J. Obstet. Gynecol.*
- OMS. (1998).**
Mujeres, envejecimiento y salud durante la vida” En: Kaiser F, (Editor). *Mujeres: Envejecimiento y Salud. Importancia de la Nutrición en las Mujeres después de la Menopausia.* España, Glosa.
- Ortíz T. (2001).**
El género, organizador de profesiones sanitarias. En: Miqueo C, et al. *Perspectivas de género en salud.* Madrid: Biblioteca Nueva-Minerva.
- Pacheco J. (1984).**
Contribución al estudio de la menopausia, climaterio y patología ginecológica en la mujer peruana. *Acta Médica Peruana*; 11.
- Pacheco J. (1993).**
Manejo actual del climaterio y la menopausia. *Medicina al Día*; 2.
- Pacheco R. José (1994).**
Ginecología y Obstetricia, Vol.40 N°1
- Palmer. J, Rosenberg. L, Wise. L, Horton. N, Adams-Campbell. L. (2003).**
Onset of natural menopause in african american women. *Am. J. Public Health.* Feb. 93 (2)

Pène, D. (1999).

La Civilización de los Jubilados. España, Ediciones Encuentro.

Persson I, Falkeboom M, Lithell H and Adami HO. (1991).

Hormone replacement therapy and cardiovascular diseases -with special emphasis on combined therapy. En: Samsioe G. "*Cardiovascular disease and HRT. New perspectives*". The Parthenon Publishing Group, Camforth, New Jersey.

Perrot Michelle (1999).

"Las mujeres y los silencios de la historia", en Kristeva, Ricoeur, et al *¿Por qué recordar?*, México, Granica.

Reyes, A (2001).

Menopausia y Terapia Hormonal Sustitutiva: Un Análisis Bajo La Perspectiva de la Composición Corporal. *Tesis Doctoral*. Universidad De Granada. España.

Reyes. A. (1997).

Paleogeografía de la población prehispanica de las matas (Estado Aragua, Venezuela). *Boletín Antropológico*. 39 (Enero-Abril).

Riggs BL, and Spelberg TO (1993).

Estrogen. A report of a Mini Symposium held at the Fourth International Symposium on Osteoporosis, Hong Kong, March.

Salas Rf (1990).

Factores Relacionados con la edad de la de Bachiller En Medicina. Universidad Nacional San Agustín De Arquipa.

Samsioe G. (1991).

Effects of hormone replacement therapy on lipid metabolism and incidence of cardiovascular disease. En: Samsioe G. "*Cardiovascular disease and HRT. New Perspectives*". The Parthenon Publishing Group, Camforth, New Jersey.

Salinas L. (1994).

La construcción social del cuerpo. En *REIS* 68.

Shiltz Marilyn y Harman Willis (2003).

"Implicaciones científicas de la medicina alternativa y complementaria", en Grof, Harman, et al, *Mas allá del cerebro. la expansión de la conciencia*. Barcelona, Kairós.

Speroff, L. (2000).

Endocrinología ginecológica e infertilidad. España, Weverly Hispánica S.A.

Stampfer MJ, Colditz GA, Willet WC (1991).

Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease: ten year follow-up from the nurses health study. *N. Engl. J. Med*.

Stovall DW, Toma SK, Hammond MG, Talbert LM.(1991).

The effect of age on female fecundity. *Obstet. Gynecol*.

Teran Davila J, Teppa Garran AD (1986).

Selective estrogen receptors modulators (SERMs): biochemistry, pharmacology, and clinical use in gynecology. *Ginecol*

Turner BS. (1996).

El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social. México: Fondo de cultura económica. En: Navarro M. *Comprender el cuerpo de la mujer*. Pamplona: Verbo Divino.

Utian WH Nonhormonal medication.

En: Greenblatt RB. "*A Modern Approach to the Perimenopausal Years*" Wal-terde Gruyter, Berlin- New York,

- Van Keep PA, Utian WH, Venneulen A. (1982).**
The controversial climacteric. MTP Press Ltd., Lancaster- Boston- The Hague.
- Varea. C, Bernis. C, Montero. P, Arias. S, Barroso. A, González. B. (2000).**
 Secular Trend And Intrapopulationl Variation In Age At Menopause In Spanish Women. *J. Biosoc. Sci.*
- Varela, G (1999).**
 Importancia de la Dieta en relación con la Salud” En: Hernández, M; Sastre, A (Directores) *Tratado de Nutrición. España*, Ediciones Díaz De Santos.
- Vega, J; Bueno, B. (1996).**
Desarrollo Adulto Y Envejecimiento. España, Síntesis.
- Wallace, P. (2000).**
El Seísmo Demográfico. España, Siglo Veintiuno De España Editores, Sa.
- Windham. G, Mitchell. P, Anderson. M, Lasley. B. (2005).**
 Cigarette smoking and effects on hormone function in premenopausal women. *Environ Health Perspect.* 113 (10).
- Wolf PH, Madans JH, Finucane FF, Higgins M, Kleinman JC. (1991).**
 Reduction of cardiovascular disease related mortality among postmenopausal women who use hormones: evidence from a national cohort. *Am. J. Obstet. Gynecol.*
- Woodhouse, Mark (2003).**
 “La conciencia y el monismo de la energía”, en Grof Stanislav, Harman Willis, et al. *Más allá del cerebro. La expansión de la conciencia.* Barcelona, Kairós.
- Yabur. J. (2006).**
 La menopausia puesta al día. *gac méd caracas.* 114 (1).

Mitos y realidades del climaterio y la menopausia.
Crítica a la mirada médica del cuerpo femenino
se terminó de imprimir en el mes de
julio de 2017 en los talleres gráficos de
Castellanos editores, S.A. de C.V.
Martínez del Río 167-E
Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc
México, Distrito Federal, C.P. 06720
Tel.: 57 40 87 86
Tiro: 500 ejemplares