



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

TRABAJO FINAL DE GRADO

Modalidad: Monografía

# **MENOPAUSIA**

## **desde una perspectiva de género**

Universidad de la República  
Facultad de Psicología

Daniela Micol Pérez  
4.777.318-1

Tutora: Prof. Adj. Mag. Rossana Blanco Falero  
Instituto de Psicología, Educación y Desarrollo Humano

Montevideo, 2020

*El cuerpo es mucho más que las hormonas.  
menopáusica o no,  
una mujer sigue siendo una mujer;  
mucho más que una fábrica de humores  
o de óvulos.  
Perder la regla no es perder la medida,  
ni las facultades;  
no es meterse cual caracol  
en una concha  
y echarse a morir.  
Si hay depresión,  
no será nada nuevo;  
cada sangre menstrual ha traído lágrimas  
y su dosis irracional de rabia.  
No hay pues ninguna razón  
para sentirse devaluada.  
Tirá los tampones,  
las toallas sanitarias.  
Hacé una hoguera con ellas en el patio de tu casa.  
Desnúdate.  
Bailá la danza ritual de la madurez.  
Y sobreviví  
como sobreviviremos todas.*

<sup>1</sup>Gioconda Belli, 1997

---

<sup>1</sup> Menopausia. Apogeo. Edad estimada de la autora al escribirlo: 49 años.

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo reflexionar sobre la menopausia desde una perspectiva contextualista y de género.

La Organización Mundial de la Salud define la menopausia como la culminación permanente de la menstruación, una vez transcurridos los doce meses consecutivos de su ausencia (Torres y Torres, 2018). Es un fenómeno natural, que se caracteriza principalmente por la disminución de la producción de las hormonas sexuales femeninas (progesterona y estrógenos).

En relación a los síntomas de la menopausia, cada mujer lo vive y siente de diferentes maneras, teniendo algunas de ellas pocos o ningún síntoma, mientras otras los tienen muy intensos y molestos. Si bien es cierto que entran en juego factores biológicos relacionados a los cambios fisiológicos en la menopausia, se comprende que cobra relevancia sobre las dolencias y los malestares, las formas en que es significada esta etapa y los efectos de ser parte de una sociedad patriarcal en la construcción de subjetividad de los cuerpos femeninos.

En este trabajo se hace foco en los procesos subjetivos (biológico, psicológico, afectivo, intelectual y social), teniendo en cuenta la importancia del contexto en el desarrollo humano. (Urbano y Yuni, 2014). Mabel Burín (1992) expresa que los lugares determinados para las mujeres dentro de las culturas patriarcales, las llevan a ser más propensas a tener “modos de vida enfermantes” (p. 315). Así, son varias las psicoanalistas que han pensado desde una perspectiva de género los distintos padeceres de las mujeres y han cuestionado los cimientos desde donde pensar la relación salud/enfermedad.

**Palabras claves: menopausia, cultura, patriarcado, psicoanálisis, género, feminismo.**

## ÍNDICE

<b>Introducción</b> .....	p. 5
<b>Capítulo 1: La menopausia de la biología</b> .....	p. 8
1.1: Transformaciones fisiológicas asociadas a la menopausia.....	p. 8
1.2: Síntomas y tratamientos hormonales en la menopausia.....	p. 10
<b>Capítulo 2: La menopausia de la cultura</b> .....	p. 16
2.1: Occidente. Control de los cuerpos femeninos.....	p. 16
2.2: Menopausia desde las diferentes culturas.....	p. 22
<b>Capítulo 3: La menopausia de los feminismos y los estudios de género</b> .....	p. 27
3.1: Desde las luchas feministas a los estudios de la mujer y los estudios de género.....	p. 27
3.2: Salud y menopausia desde una perspectiva de género.....	p. 31
<b>Reflexiones finales</b> .....	p. 41
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	p. 44

*Dedicado a las hermosas mujeres que han marcado mi camino,  
en especial, mi mamá.*

## INTRODUCCIÓN

El cuerpo de la mujer ha sido silenciado, censurado, controlado, disciplinado y hasta sacrificado en diferentes tiempos históricos y culturas. La menopausia como evento normativo del ciclo de la vida de las mujeres no ha escapado de los procesos de patologización o medicalización. Seleccioné esta etapa debido a que, desde una visión Occidental, se le agregan connotaciones peyorativas o negativas relacionadas a la vejez tal como deterioro, soledad, encierro, pérdida de belleza y pérdida de la sexualidad.

Desde los organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPM), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Mundial de Sexología (WAS) (2000) se sostiene que el género es “la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo” (p. 7). En este trabajo se va a tomar dicha noción para reflexionar sobre la vivencia de la menopausia desde una perspectiva que permita pensar la relación existente entre las distintas operatorias sociales hacia la sexualidad femenina (represión, hipersexualización, cosificación, entre otras) y su posible impacto en el psiquismo, generadora de efectos en el cuerpo. El género, de manera histórica, en todas las culturas y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones de poder entre varones y mujeres, (OPS, OMS y WAS, 2000) entre la masculinidad hegemónica y otras sexualidades.

La elección de la temática se debe a la importancia de hablar como mujer que, también cercana a otras mujeres, ha vivenciado reiterados momentos de negación y obturación hacia la sexualidad femenina. Es momento de empezar a conocer nuestro cuerpo, comenzar a cuestionarse el por qué de que muchos (o todos) los momentos “naturales” del desarrollo de la mujer terminan por ser medicalizados o llenos de tabúes y de mitos, que dejan completamente de lado las situaciones y sentires gratificantes y placenteros.

El desarrollo de la monografía contempla cuatro capítulos: *La menopausia de la biología*; *La menopausia de la cultura*; *La menopausia de los feminismos y los estudios de género* y las *Reflexiones finales*. En el primer capítulo se describen los procesos biológicos y fisiológicos propios del proceso del climaterio. El segundo capítulo tiene como objetivo visualizar la importancia del contexto para entender mejor el tema a abordar. Se aproxima a la construcción sociohistórica de los cuerpos femeninos en Occidente, como también a la

vivencia de la menopausia desde diferentes culturas. En el tercer capítulo se realiza un breve recorrido histórico del concepto de “género”, comenzando con los movimientos feministas, pasando por los estudios de la mujer y los estudios de género. A su vez, se toman aportes de diferentes psicoanalistas, como Mabel Burin, Débora Tajer, Emilce Dio Bleichmar<sup>2</sup>, para pensar la construcción de la salud y la menopausia desde una perspectiva de género. Por último, el cuarto capítulo se constituye por las reflexiones finales, la cual retoma algunas interrogantes y autoras/es previamente mencionadas.

El visualizar la construcción sociohistórica de la feminidad a lo largo del trabajo, tiene como finalidad visibilizar los distintos modos en que estas connotaciones y significados culturales dejan huella en el psiquismo de las mujeres causando sufrimiento. El ser críticas y críticos ante lo naturalizado admite otros modos de intervenciones desde nuestra disciplina para evitar sesgar la comprensión acerca de sus padeceres y dolencias, generando interpretaciones u orientaciones que violentan a las consultantes.

Lejos de llegar a una respuesta absoluta, este trabajo es un disparador para continuar reflexionando y abrir nuevos interrogantes sobre el lugar de la psicología en los cuidados de la salud y la producción de saberes. Asimismo, se intenta ampliar la mirada para que no quede reducida a un único campo disciplinar como es la medicina, en pos de encontrar nuevas miradas sobre el fenómeno de la menopausia.

Por último, es necesario mencionar que por motivos de espacio y por contar con un mayor acumulado teórico, se escoge hacer foco en el fenómeno de la menopausia en mujeres cis, entendiendo que hombres trans o personas no binarias menstruantes también atraviesan esta experiencia. Sin embargo su abordaje abriría nuevas interrogantes que excedería la extensión de esta monografía y no se le podría dar la relevancia que merece.

---

<sup>2</sup> se opta citar autoras femeninas por su nombre de pila para visibilizar el lugar de las mujeres en la producción de conocimientos.

# **CAPÍTULO 1:**

## **La menopausia de la biología**

## Capítulo 1: La menopausia de la biología

### 1.1: TRANSFORMACIONES FISIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA MENOPAUSIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la menopausia natural o fisiológica como la culminación permanente de la menstruación, una vez transcurridos los doce meses consecutivos de su ausencia, sin tener causas patológicas (Torres y Torres, 2018). Se produce por agotamiento de la respuesta ovárica sensible a gonadotropinas (Kenny Rodríguez y Onatra, 1993). Los ovarios tienen una dotación folicular específica desde el momento del nacimiento que va disminuyendo en el transcurso de la vida de la mujer hasta llegar a la menopausia (Instituto Marqués, s/f) traduciéndose en el final de la capacidad reproductiva.

El término menopausia proviene del griego *menmenos* (mes) y *pausia* (suspensión, interrupción) (Kenny Rodríguez y Onatra, 1993). Esta etapa es un fenómeno natural, que se caracteriza principalmente, por la disminución de la producción de las hormonas sexuales femeninas (progesterona y estrógenos). El ovario durante su vida fértil produce estas dos hormonas, que accionan en el organismo sobre diversas funciones como: sistema circulatorio (corazón), sistema nervioso central, sistema tegumentario (piel), sistema urinario y aparato reproductor.

La palabra menopausia hace referencia a una fecha en concreto, específicamente a la última vez que la persona tuvo su menstruación. El climaterio, por otra parte, es un término más antiguo y una etapa más amplia, relacionada a los cambios que se experimenta antes, durante y después de la menopausia. Abarca cerca de 20 años, iniciándose aproximadamente a los 40 años y prolongándose hasta los 60 a 70 años, por ende, no ocurre de modo abrupto (Kenny Rodríguez y Onatra, 1993).

Dentro de esa transición, según lo que -en el año 2011- estableció la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO como se cita en Eva M. García, 2017) se reconocen las etapas establecidas: premenopausia, que consta del momento previo a la menopausia, caracterizado por irregularidades menstruales; perimenopausia, determinado por englobar fases de variaciones endocrinas anterior a la menopausia como respuesta a la interrupción de la ovulación; menopausia, caracterizado por la culminación del sangrado menstrual; y la postmenopausia, que inicia una vez cumplido un año sin menstruación

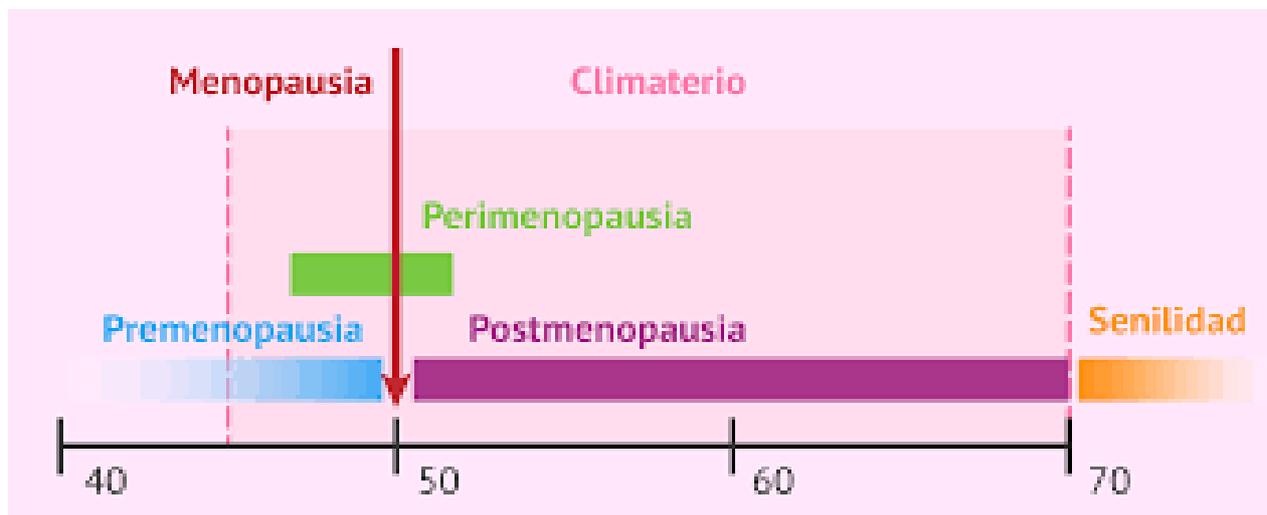


Figura 1: Representación de las fases del climaterio. Recuperado de:

<https://www.reproduccionasistida.org/que-es-la-perimenopausia/>

Es habitual que el ciclo cambie dependiendo de las diferentes mujeres, puesto que, la duración del ciclo menstrual está delimitada por la calidad, velocidad del desarrollo y crecimiento folicular. De todas maneras, en una mujer promedio, alrededor de los 37 y 38 años empieza el agotamiento folicular continuado y la disminución de la fertilidad (Fritz y Speroff, 2012). En la etapa premenopáusica, existe un déficit de progesterona, manteniendo niveles normales de estrógenos. Los ciclos menstruales tienen alteraciones, alternándose los ciclos normales con algunos irregulares no ovulatorios (Instituto Marqués, s/f).

Por consiguiente, la menopausia se manifiesta unos 13 años después (edad media: 51 años). No obstante, estudios epidemiológicos muestran que el 10 % de las mujeres aproximadamente alcanzan la menopausia a los 45 años. Esto se debe a que, posiblemente, nacieron con una reserva folicular ovárica menor, que se acaba a una edad más precoz (Fritz y Speroff, 2012).

Por otra parte, en la perimenopausia, según el estudio longitudinal “Massachusetts Women's Health Study” (como se citó en Fritz y Speroff, 2012) las mujeres daban inicio en una mediana de 47.5 años, con una presentación de irregularidades menstruales. La menstruación culminó de forma imprevista (sin períodos de irregularidad de forma prolongada) solo en un 10 % de las mujeres. Además se constató que la transición

perimenopáusica de un estado reproductor a uno posreproductor tiene una extensión de aproximadamente 4 años, en la mayoría de los cuerpos menstruantes.

Por último, en la postmenopausia se produce un déficit de progesterona y estrógenos. A su vez, el ovario reduce su producción de hormonas masculinas (androstendiona y testosterona) que son cambiadas en estrógenos en el folículo ovárico. Al transcurrir la etapa de la menopausia esta transformación tiene lugar en el tejido adiposo (ya que no hay folículos) aumentando con la edad y con la obesidad (Instituto Marqués, s/f).

La menopausia precoz, se denomina al cese permanente de la menstruación previo a los 40 años. La causa de la misma puede deberse por una intervención quirúrgica o producirse de manera natural. (Merck Sharp y Dohme, 2018). Por otro lado, se caracteriza como menopausia tardía cuando la función menstrual se prolonga después de los 55 años (Bailón, 2004) acompañado de un aumento en el riesgo de padecer cáncer de mama (Peña, Maceo, Ávila, Utría y Más, 2017) o enfermedad coronaria.

Se considera un momento en la vida de las mujeres en la que se producen una serie de eventos y modificaciones tanto físicas como emocionales, en la que, a pesar de las molestias que pueda causar, no es considerada una enfermedad. (Merck Sharp y Dohme, 2018).

## **1.2: SÍNTOMAS Y TRATAMIENTOS EN LA MENOPAUSIA**

En relación a los síntomas de esta etapa, es necesario mencionar que cada mujer lo vive y siente de diferentes maneras, teniendo algunas de ellas pocos o ningún síntoma, mientras otras los tienen muy intensos y molestos. Los más frecuentes son: irregularidades menstruales, sofocos vasomotores, sequedad vaginal (debido a la disminución de estrógenos que reduce la humedad), modificaciones en el peso o disminución en el calcio en los huesos. También se puede relacionar la disminución de estrógenos con infartos al corazón o accidentes vasculares en el cerebro (Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Desarrollo Social [MSP y MIDES, 2014]).

Los sofocos vasomotores se consideran un rasgo distintivo del climaterio, quizás se debe a su posible influencia en la calidad de vida de las mujeres por interferir en el trabajo o en las actividades de ocio. Es una de las características más frecuente del período posmenopáusico que se distingue por un enrojecimiento inesperado en la piel. Este suceso

se ubica en la cabeza, cuello y tórax, con un aumento en la frecuencia cardíaca y una potente sensación de calor corporal. Este síntoma es más habitual que se dé en la noche o durante posibles momentos de estrés, con una duración que varía entre unos segundos o varios minutos y, rara vez una hora. Asimismo, la presencia de sofocos cambia según la característica del ambiente, siendo así que, en lugares fríos es menos intenso, menos numerosos y más breves en comparación a lo que ocurre en lugares cálidos. Según lo revelado a partir de un estudio longitudinal de cohortes realizado en Australia, la duración promedio de los síntomas vasomotores fue de 5,2 años en mujeres que no fueron sometidas a hormonoterapia, y de 5,5 años, en mujeres que fueron sometidas a un tratamiento hormonal (Fritz y Speroff, 2012).

En lo que respecta a su fisiología, la misma sigue siendo desconocida. Estos a su vez pueden ser síntomas secundarios a otras causas psicosomáticas o de enfermedad como feocromocitoma, estrés, infecciones subagudas crónicas, leucemias, tumores pancreáticos, anomalías tiroideas y carcinoide. Lamentablemente, al ser el sofoco un síntoma que aparece de forma reiterada, las mujeres habitualmente reciben tratamiento con estrógenos de una manera innecesaria. Se entiende que, aunque los sofocos son la manifestación más frecuente de la posmenopausia, no suponen un riesgo para la salud. Por esto, los médicos deben estar abiertos a indagar posibles problemas emocionales, siendo su intervención más compleja que simplemente el prescribir estrógenos, que posterga (pero de manera provisoria) la resolución de problemas a partir de una respuesta placebo (Fritz y Speroff, 2012).

La menopausia asociada a la depresión o como perjudicadora de la salud mental es una idea descartada por estudios estadísticos o diagnósticos clínicos que no demostraron una diferencia con otros momentos en la vida de las mujeres. En otras palabras, aunque se puede seguir escuchando en la cotidianeidad la idea de una depresión ligada exclusivamente a factores biológicos femeninos (relación causal con los estrógenos), va perdiendo credibilidad (Emilce Dio Bleichmar, 1991). De todas maneras, las mujeres suelen expresar síntomas y malestares, por ello debe ponerse atención a los factores psicosociales, ya que quizás sea “reflejo de las percepciones y connotaciones generalmente negativas que nuestras culturas y sociedades han atribuido a la menopausia” (Fritz y Speroff, 2012, p. 664).

Otro de los posibles síntomas, es la aparición de atrofia en las superficies vaginales unido a prurito, estenosis, vaginitis y dispareunia. Esto se da a raíz de la excesiva baja de

estrógenos al final de la posmenopausia. La dispareunia no suele ser motivo de consulta en las mujeres de mediana edad debido a que en nuestra sociedad aún existe reticencia de dialogar sobre la actividad sexual y la sexualidad en general tanto en médicos como pacientes (mayormente en adultos mayores). Por otro lado, el adelgazamiento de la mucosa de la uretra y la vejiga (se encogen y desaparecen los pliegues paredes vaginales) produce uretritis con disuria e incontinencia urinaria y polaquiuria (Fritz y Speroff, 2012).

Según lo que establecen Fritz y Speroff (2012) una indagación moderada posiblemente sirva para comenzar un tratamiento mediante estrógenos y tratar la dispareunia, aumentando así el placer sexual. No obstante, relacionado a la incontinencia urinaria, un estudio aleatorizado HERS (Heart and Estrogen-progestin Replacement Study), constató un empeoramiento de este fenómeno con la hormonoterapia. A su vez, en otro estudio denominado Nurses' Health Study se señaló un leve aumento de la incontinencia con el tratamiento con estrógenos. Por tanto no hay ratificación de que la hormonoterapia tenga una influencia positiva. (como se cita en Fritz y Speroff, 2012)

Estos autores expresan que posterior a la menopausia ocurre un descenso en el colágeno de la piel, como también una reducción en su espesor cutáneo y en su elasticidad. El mismo puede evitarse ampliamente a través de un tratamiento con estrógenos. Por otro lado, ocurre tanto en hombres como en mujeres, una disminución de la fuerza muscular. No obstante, otros factores también pueden influir en esta reducción, como el grado de actividad física y el peso (Fritz y Speroff, 2012).

En la Guía para Nosotras (MSP y MIDES, 2014) se establece que casi todo lo nombrado anteriormente se puede prevenir mediante hábitos saludables: realizar ejercicio físico para fortalecer huesos (previniendo la osteoporosis) y fortalecer el corazón, como también el nivel de azúcar en sangre y el estado de ánimo. Cuidar la dieta, que incluya alimentos ricos en calcio para cuidar los huesos, vigilar las grasas que aumentan el colesterol, comer más verduras, legumbres, disminuir la sal, no fumar ni beber alcohol. Asimismo, hay ejercicios para fortalecer los músculos de la pelvis que evitan sufrir pérdidas de orina y mejoran los orgasmos. Por otra parte, recomiendan las revisiones ginecológicas, control anual de colesterol, glicemia, sangre oculta en heces, control de peso y presión arterial. Por último, aconsejan no aislarse, y disfrutar el tiempo libre (encontrarse con amigos/as, compartir, comunicarse, hablar) con el fin de enriquecer el estado de ánimo y calidad de vida.

Las sugerencias finales del MSP y MIDES no son redundantes puesto que, el ser mujer, vivir y experimentar a pleno el cuerpo, es todo un reto. En una investigación realizada en España a 43 mujeres de medio rural y urbano de diferentes generaciones, se concluyó que los estereotipos de género y creencias que existen alrededor de la menopausia son asociados principalmente por las mujeres más jóvenes: a la pérdida y a la vejez. A su vez, se constató que las informantes de mediana edad piensan que lleva a la depresión, al miedo y a la ansiedad, y por último, las mujeres mayores, expresan ideas connotadas de tabú. (Alicia Botello y Rosa Casado, 2014). Por ende, existen constantes mensajes negativos en relación al envejecimiento: encierro, deterioro, soledad. A esto se le suma, un énfasis a la noción de juventud ligado a cuerpos “bellos” y “atractivos” que asocian la menopausia con el fin de la sexualidad.

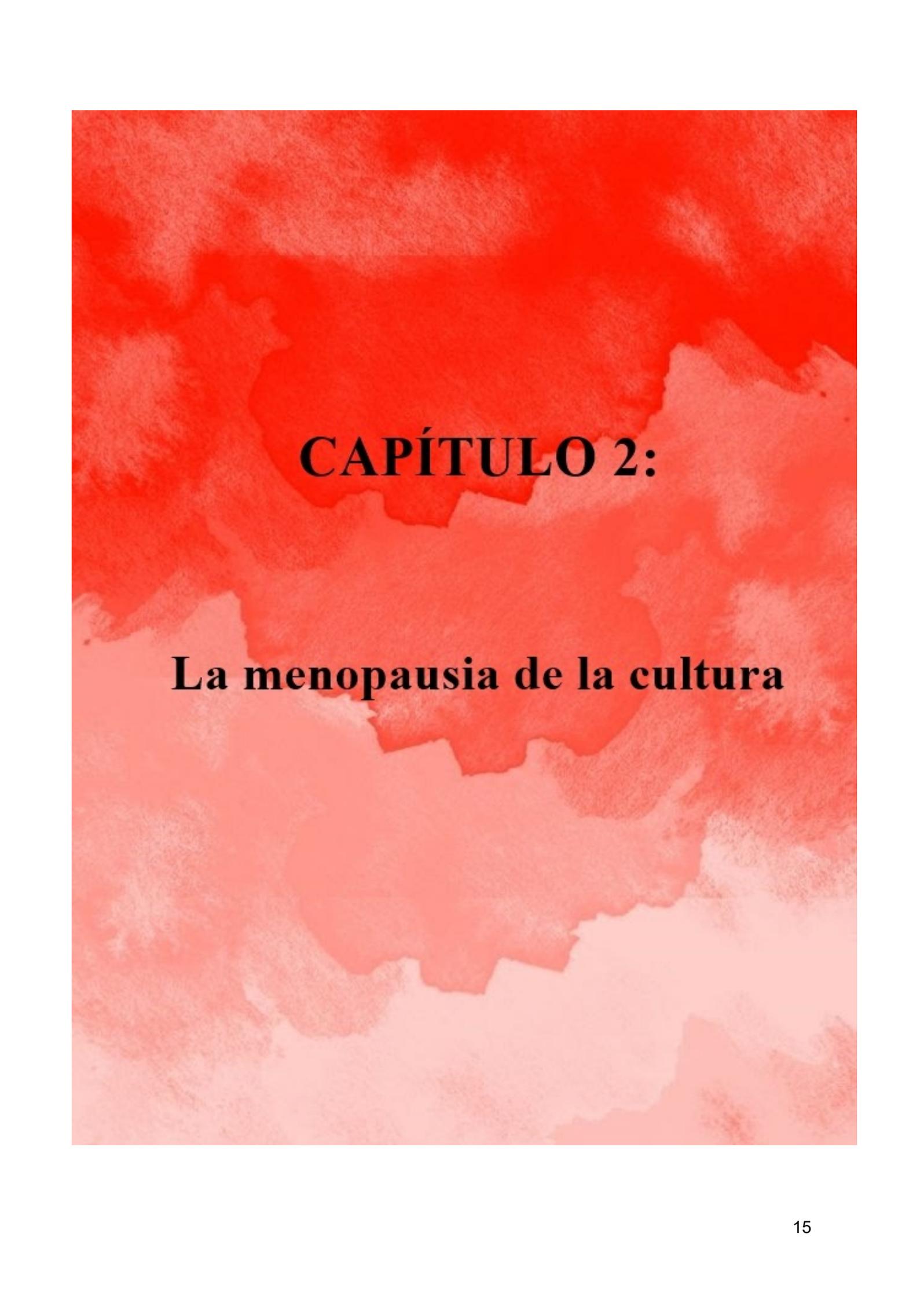
No obstante, según Colombino (1998) la sexualidad de la mujer es una de las dimensiones más ricas a esta edad, en contraposición a los prejuicios más recurrentes (como comienzo de la vejez, fin de su vida sexual, disminución del apetito sexual, intoxicación de la sangre). Es importante aclarar por este motivo, que el cuerpo no pierde ninguna de sus posibilidades de sentir y vivir el placer, siendo sólo el final de la capacidad reproductiva. (MSP y MIDES, 2014).

De este modo, si bien es cierto que entran en juego factores biológicos (por ejemplo, hormonales) relacionados a los cambios fisiológicos y malestares en la menopausia, se comprende que cobra relevancia sobre los malestares y dolores, las formas en que es significada esta etapa y los efectos de ser parte de una sociedad patriarcal en la construcción de subjetividad de los cuerpos femeninos. Se toma así, como punto de interpretación y de análisis sobre el desarrollo evolutivo, un conjunto de premisas que surgen del enfoque del curso vital (Urbano y Yuni, 2014).

Desde esta mirada, se tiene en cuenta que el desarrollo evolutivo y sus diferentes fases, son dinámicas y condicionadas por los contextos sociales y significados culturales atribuidos a cada una. Este enfoque se caracteriza por brindarle importancia a los procesos del sujeto (biológico, psicológico, afectivo, intelectual y social), teniendo en cuenta la importancia del medio como un agente activo que participa (junto al individuo) en la construcción de su propio desarrollo (Urbano y Yuni, 2014).

En un sentido abarcativo, es posible pensar a la menopausia como un momento de crisis en muchas mujeres, con connotaciones negativas unidas principalmente a ideas de déficit, pérdida de belleza, deterioro y vejez (Alicia Botello y Rosa Casado, 2014). Esto

puede pensarse en relación al fin de su "función" como mujer limitada a la reproducción, mandato atribuido desde la sociedad. Entendiendo que, en este sistema actual y patriarcal, tanto lo erótico como lo placentero está permitido para el hombre y censurado para la mujer.

The background of the slide is a vibrant red watercolor wash, with darker, more saturated reds at the top and lighter, more translucent reds at the bottom, creating a soft, artistic texture.

## **CAPÍTULO 2:**

### **La menopausia de la cultura**

## Capítulo 2: La menopausia de la cultura

### 2.1: OCCIDENTE. CONTROL DE LOS CUERPOS FEMENINOS

La sexualidad femenina ha sido reprimida históricamente generando violencia y sufrimiento que impactan en el psiquismo de las mujeres. El término sexualidad refiere a una dimensión inherente al ser humano, resultado de la interacción de factores psicológicos, biológicos, culturales, éticos, socioeconómicos, espirituales o religiosos. La sexualidad, de esta manera, incluye al sexo, al género, identidades de sexo y género, erotismo, orientación sexual, vinculación afectiva y reproducción. Se expresa a través de deseos, pensamientos, fantasías, creencias, valores, actitudes, roles y relaciones. (OPS, OMS y WAS, 2000).

En las sociedades de Occidente, con bases judeo-cristianas, se ha censurado la existencia del goce del cuerpo y del orgasmo femenino, limitando la sexualidad únicamente a una función reproductora. Estudios empíricos muestran que las mujeres continúan actualmente realizando y siendo responsables de la mayor parte del trabajo en la reproducción biológica (gestar y criar a los hijos), la reproducción social (la socialización en los primeros años de los niños) y la reproducción cotidiana (la subsistencia del hogar). (Graña, 2006).

A partir del análisis de la construcción sociohistórica de lo que significa ser mujer y los mandatos que se rigen a partir de esta, no son extraños los sentimientos de pérdida de funcionalidad, de estatus y de belleza que se menciona anteriormente. En algunas culturas, la autoestima de las mujeres se ve reforzada de acuerdo a la noción del destino reproductor, en el caso de ser aptas para tal función (Colombino, 1998). En consecuencia, se le atribuye a la menopausia, un sinnúmero de significados negativos, peyorativos y deficitarios, como el no ser más “útil” para la sociedad y obtener una “pérdida” total de la sexualidad, asociado al comienzo del envejecimiento.

Este acontecimiento que determina el cese de la menstruación puede vivirse como una “liberación” de este mandato a la reproducción o como un padecimiento o suceso dramático por la “culminación” de su sexualidad. “La actitud de una y otra será diferente frente a su sexualidad y por razones puramente psicológicas: deprimidas y casi renunciando a su sexualidad las primeras; eufóricas y reclamadoras de una renovada sexualidad las segundas.” (Colombino, 1998, p. 15)

Esta concepción sexualidad/reproducción viene ligada a toda una historia de influencia ética e ideológica que hasta hoy en día tiene gran peso en nuestra cultura occidental. El rol conservador de la Iglesia Católica, tuvo un lugar protagonista en construir estos mandatos naturalizados por siglos. En el Antiguo Testamento se narra que “Abraham y Sara, eran de avanzada edad para tener hijos y a Sara le había faltado ya las costumbres de las mujeres (*Biblia paralela* Génesis, 18:11 citado en Alicia Botello y Rosa Casado, 2014, p. 183). A su vez, el castigo bíblico realizado a Eva (creada a modo de compañía de Adán) por rendirse a la seducción de la serpiente: “A la mujer dijo: En gran manera multiplicaré tu dolor en el parto, con dolor darás a luz los hijos; y con todo, tu deseo será para tu marido, y él tendrá dominio sobre ti.” (Génesis 3:16).

Asimismo, el Papa León XIII establece que la naturaleza de las mujeres es el trabajo en el hogar, educando a los hijos y buscando la prosperidad de la familia. Según los primeros apóstoles, la voluntad de Dios colocaba a la mujer como “subordinada del hombre, como un ser anónimo, pasivo y callado” (Graña, 2006, p. 30). Siguiendo esta línea, el culto a la virgen María es otro ejemplo de la negación y el repudio de la sexualidad en la mujer. María, símbolo de la mujer ideal, logra al mismo tiempo ser madre y ser virgen (Graña, 2006); puede cumplir con el mandato de la reproducción dejando de lado el placer, el deseo o el erotismo. La dignidad de la mujer se mide en función de su sexualidad, asociada a la reproducción, que deberá cumplirse esta última en determinado tiempo y contexto.

Estos puntos son interesantes para pensar la influencia que tienen estas creencias, leyendas y mitos en el psiquismo al llegar a la menopausia, tal como “serán infértiles y perderán su dignidad” (Marie Clarie, s/f). Los atributos mencionados anteriormente responden a una lógica patriarcal que va construyendo las identidades de las personas, con su forma de ser y estar en el mundo. El patriarcado según plantea Gerda Lerner es “la manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y niños/as de la familia y la ampliación de ese dominio sobre las mujeres en la sociedad en general” (como se cita en Marta Fontenla, 2008, párr. 5).

En este sentido, otro lugar de gran poder ha sido la Medicina, que en nombre de la salud y el bienestar ha controlado, nombrado, categorizado, diagnosticado, medicalizado los diferentes cuerpos a lo largo del tiempo, principalmente el de la mujer. Estas concepciones tampoco están desprovistas de atributos machistas puesto que fueron creadas dentro del mismo sistema reinante en nuestros días. Tal es así que, muchos términos y concepciones que utilizamos diariamente, están cargadas de estas connotaciones, empleándolas sin

cuestionarlas. Por ejemplo, Johann Vesling, un médico anatomista, utilizó la palabra “vagina” por primera vez en 1641, describiéndola como la parte de la anatomía femenina que cubre el pene durante el coito. Su significado deriva de “vaina”, utilizado para guardar las espadas o los cuchillos. De este término, se le dio un sentido sexual a la definición vagina, siendo el sitio donde el hombre (caballero, guerrillero) puede introducir su “sable” o “espada”. (Roman, 2019).

Otro ejemplo es el de la equivalencia que realiza Freud (1932/1976a) en su conferencia sobre la Descomposición de la personalidad psíquica, comparando al clítoris con un pene atrofiado para fundamentar su teoría. Esta afirmación la vuelve a utilizar a lo largo de su desarrollo, expresando en la conferencia sobre La feminidad (1933/1976b) que “partes del aparato sexual masculino se encuentran también en el cuerpo de la mujer, si bien en un estado de atrofia” (p. 105).

Estos nombramientos y significados atribuidos a la anatomía femenina producen una imagen de la mujer creada desde el déficit, la incompletud, con genitales defectuosos e imperfectos, siendo su función pensada en base al placer y al deseo del hombre. De este modo, dichas nociones sobre la sexualidad de la mujer, funcionan como contrarresta (en este sistema dual y patriarcal) a lo que se puede considerar “normal”: los atributos masculinos. Freud (1901-1905/2015) toma como modelo el desarrollo del varón y explica la experiencia del desarrollo infantil femenino desde esa misma perspectiva. La feminidad es construida desde una óptica masculina, y la niña y la mujer se visualizan como seres castrados y envidiosos del pene. Simone de Beauvoir (1949/2015) critica esta noción que establece Freud en relación a la “envidia del pene” que ocurre en las niñas. Expresa que el autor subestima la construcción socio cultural de dicha envidia, aludiendo que esta última sucede al notar que quien lo tiene es un privilegiado, en el contexto de la sociedad patriarcal en la que se encontraba Freud y sus contemporáneos. Esta idea planteada por De Beauvoir va a ser retomada por numerosas autoras que leen la teoría psicoanalítica con una perspectiva feminista.

En la obra de Foucault “Vigilar y Castigar” (1975/2002) está presente la idea del cuerpo histórico y social en el que el poder opera y se inviste. Asimismo, en “Historias de la sexualidad” (1976) el autor realiza un análisis de lo ocurrido previo y post al régimen victoriano, mostrando cómo fue cambiando el paradigma en torno a la sexualidad, el poder y el saber. Las prácticas que se desarrollan en la época pre-victoriana no estaban teñidas de vergüenza ni de tabú, teniendo menos prohibiciones sobre lo que es considerado obsceno e

indecente comparado con el siglo XIX, “no buscaban el secreto; las palabras se decían sin excesiva reticencia, y las cosas sin demasiado disfraz (...) anatomías exhibidas y fácilmente entremezcladas” (Foucault, 1976, p. 6). De este modo, la sexualidad no estaba silenciada, censura, encerrada, categorizada ni confiscada a la reproducción y a la familia (tanto en hombres como en mujeres) como lo fue a partir de la Revolución Industrial en la segunda mitad del siglo XVIII, cuando los cuerpos y la sexualidad fueron disciplinados por el poder de la Iglesia y la Medicina.

La Revolución Industrial trajo consigo grandes cambios en la familia y los roles de género que ocurrirían dentro de esta. Mabel Burin (1992) expresa que a partir de ese momento, las mujeres pasan a ser esposas, madres y amas de casa, obteniendo el carácter de sujeto en tanto sean afines con esos lugares establecidos, principalmente el maternal. El buen cumplimiento de los roles de madre y esposa se convirtió en un signo de salud mental catalogando como locas a quienes tenían una vida sexual irregular, desligada de su función reproductora. Silvia Federici (2004) expresa que la pérdida de autonomía de las mujeres, no se hubiera logrado sino fuera por el intenso proceso de degradación social que vivieron las mismas. Por más de dos siglos (XVI y XVII) fueron perseguidas, procesadas y ejecutadas debido a la “caza de brujas”, acusadas de: infanticidio, brujería y otras violaciones a las normas reproductivas. Así, se logra consolidar el nuevo modelo de la feminidad caracterizado por ser una esposa y madre ejemplar: pasiva, sumisa, obediente, ahorrativa, casta, ocupada siempre de sus hijos y de su marido.

A lo largo del tiempo, fueron emergiendo diferentes formas de enfermedad ligadas a la sexualidad femenina, creando un sistema reinante específico de tratamiento y modos de comprender los malestares de las mujeres. (Mabel Burin, 1992). Por ejemplo, en la época victoriana, con su fuerte impronta moral religiosa, la histeria era la enfermedad mental más representativa del género femenino y los síntomas de la menopausia eran considerados pecados, consecuencias de “ligerezas” sexuales pasadas. De este modo, la corporalidad opera como punto de aplicación del poder, que va adquiriendo diferentes significados políticos, desde un poder soberano a un poder disciplinario. Estos dispositivos patriarcales, pueden producir enormes violencias contra las mujeres, por suponer una sexualidad femenina enlazada a la reproducción, culpándolas y despreciándolas por sus modificaciones psíquicas y físicas (Ivannia Badilla y Vargas, 2013).

La menopausia aparece como un nuevo tema de resonancia en el ámbito médico, debido a que representa un problema al culminar con la etapa reproductiva de la mujer,

objetivo e ideal para los cuerpos femeninos en el siglo XIX (Eva M. García, 2017). Gardanne, un médico francés, fue quien empleó este término por primera vez en 1816 y la describió como una “edad crítica” y como el “infierno de las mujeres”. (Anna Freixas, 2007). A esto se le suma, la noción de la mujer como un ser emocionalmente inferior, inestable y próximo a la locura, a raíz de los discursos médicos, religiosos, mitos, estereotipos, tabúes, prejuicios, que asociaban la menopausia como posible causa de cambios de personalidad, psicosis, irritabilidad, malhumor y por consiguiente, demandante de medicalización (Ivannia Badilla y Vargas, 2013).

En el siglo siguiente, en el marco de un capitalismo creciente, comenzó a definirse la menopausia como una enfermedad deficitaria, curable y evitable, a raíz del descubrimiento del doctor Robert Wilson sobre el uso del estrógeno para esta etapa, impulsado y respaldado por la industria farmacéutica. El médico tiene un libro de su autoría llamado “Femenine Forever” y es responsable de múltiples frases sexistas que prometen conservar la “preciada” feminidad por siempre, en los intentos de disfrazar el climaterio. Así, enumera veintiséis problemas físicos y psicológicos que esta denominada pastilla de la eterna juventud podía borrar “incluyendo tufaradas de calor, osteoporosis, atrofia vaginal, flacidez y reducción de los senos, arrugas, falta de atención, irritabilidad, frigidez, depresión, alcoholismo y hasta suicidio” (Hunter citado en Ivannia Badilla y Vargas, 2013, p. 229).

No obstante, varias investigaciones muestran la otra cara del milagro curativo con estrógenos que plantea Wilson. El estudio llamado Women’s Health Initiative, fue realizado con mujeres saludables para obtener respuestas sobre el uso del TRH (estrógeno conjugado asociado a progestágeno) en el climaterio. Los resultados no fueron para nada positivos, presentando efectos perjudiciales, con un aumento del 41% en el riesgo de infartos cerebrales, un incremento de un 22% de riesgo para contraer enfermedades cardíacas, un incremento del 26% en el riesgo de cáncer de mama y un aumento del 29% del riesgo de ataques cardíacos. (O’Grady citado en Ivannia Badilla y Vargas, 2013)

Estos datos permiten reflexionar acerca de los significados que se fueron creando sobre los cuerpos femeninos y cómo sus diferentes etapas del desarrollo (menstruación, embarazo, parto, menopausia) considerados procesos naturales, se convierten en momentos plausibles de medicación y patologización. La industria farmacéutica y la ciencia médica, contribuyó a que se crease un imaginario social en torno al cuerpo femenino, ligado al deterioro y al envejecimiento, sumado a las construcciones culturales sobre lo que

entendemos por “femenino” y “sexualmente deseable”, influyendo en la imagen que tienen sobre sí mismas y sobre otras mujeres.

Las voces de las mujeres han permanecido apagadas respecto al sentir de su propio cuerpo. Ha sido la medicina y la farmacéutica quienes han calificado a la menopausia desde un lenguaje de pérdidas. Así, la terapia con estrógenos no fue creada en respuesta a una necesidad de tratamiento específico, sino que siguió un proceso inverso: primero se generó una cura y después se construyó la enfermedad a la que se podría curar. (Ferguson y Parry como se cita en Ivannia Badilla y Vargas, 2013). Otro punto de análisis podría ser el de Canguilhem, quien expresa que la fisiología no debe olvidar que se crea y da respuestas en base a aquellas personas que se declaran como sufrientes en la clínica terapéutica. Pese a las diferencias de estas dos visiones del origen de la enfermedad, en ambas puede divisarse el olvido de las protagonistas de sus cuerpos: las mujeres. (García, 2009)

Las producciones creadas sobre la salud desde una visión patriarcal comenzaron a cuestionarse a partir de los años 60 y 70 durante la llamada segunda ola del feminismo, lo que implicó la revisión y cuestionamiento sobre la medicalización hacia la menopausia, reivindicando a esta etapa como un proceso natural. De todas maneras, el discurso médico actual insiste en “tratar” a la menopausia desde un carácter patológico, recetando estrógenos “en forma rutinaria y recomendada como un método de preservación de la salud” (O’Grady, 2003 citado en Ivannia Badilla y Vargas, 2013, p. 232).

A esta altura, es posible reflexionar que no se trata solamente de un mero suceso biológico, sino que la cultura tiene una gran influencia en la forma de percibir los cuerpos y de este modo, generar impactos en el psiquismo. Por ende, estos sucesos pueden ser observados desde una perspectiva bio-psico-social, contemplando así, la participación del contexto y el momento histórico específico (Gabriela Pineda, 2011). Según el planteamiento de Vigostsky desde la psicología cultural histórica, “el papel de lo socio-cultural en la formación de las funciones psíquicas superiores (...) representa un significativo momento para el desarrollo de una comprensión de lo psíquico en la historia y la cultura humana a través del presente social del hombre” (González Rey, 1993, p. 167). No obstante, el autor a partir del concepto de “situación social del desarrollo” crítica la relación directa, lineal e inmediata de lo externo sobre lo interno. De este modo, rompe con la noción de reflejo, dependiendo la experiencia de la “combinación particular entre las influencias externas (...) y las vivencias que emergen en ese proceso a partir de su organización psicológica actual”. (González Rey, 2016, p.15) Por ende, el ser humano no es un producto de la cultura, sino

que se constituye subjetivamente en ella. En este sentido, la menopausia revisada desde una perspectiva compleja de género puede comprenderse como una configuración cultural dentro de otros aspectos culturales más extensos.

Remedios Bravo (2018) revisitando la discusión de Judith Butler acerca del género, sostiene que resulta ser la categoría por la que los sujetos se identifican, clasifican y se conforman. Este “no es una mera etiqueta inocua, meramente descriptiva e inofensiva, sino que se erige como un ideal normativo” (p. 70). De este modo, se puede observar cómo el poder, lo hegemónicamente aceptado y valorado, necesita del cuerpo sobre el cual ejercer su dominio, impactando desde la forma de vestirse o maquillarse, hasta lo que puede ser más agresivo, como por ejemplo, someterse a intervenciones quirúrgicas (Remedios Bravo, 2018).

En síntesis, este trabajo pretende superar la universalización del ser humano y resaltar que cada persona construye su psiquismo y sus sentires en relación a su función biológica y al momento histórico-contextual, que engloba el estatus social, económico, político, étnico y otros múltiples factores. Por este motivo, es interesante salir del recurrente occidentalismo, para visualizar otras vivencias sobre lo que ocurre con esta etapa del desarrollo de la mujer.

## **2.2: MENOPAUSIA DESDE LAS DIFERENTES CULTURAS**

Las mujeres durante el climaterio pueden presentar diferentes síntomas (leves o intensos) o pueden no tenerlos. Según lo revisado anteriormente, estas variaciones particulares de cada mujer, no dependen solo de lo que acontece fisiológicamente, sino de cómo se vive en cada contexto cultural, incluyendo los hábitos, las creencias, las normas, los mitos, las tradiciones (Eva M. García, 2017). Estas modificaciones entre las diversas culturas pero que ocurren dentro de un mismo tiempo histórico, están escasamente documentadas, puesto que resulta difícil determinar lo que es consecuencia de variabilidad biológica o desencadenante de variabilidad cultural, por la fuerte presencia de este último (Fritz y Speroff, 2012).

En el apartado anterior, se menciona cómo se fue configurando la idea de la menopausia en Occidente. Esa construcción no se da por igual en todas las culturas, sino que la relación vejez/menopausia se encuentra determinada por el estilo de vida y el estatus en el que vive la mujer. Por lo que algunos autores plantean que la menopausia como

enfermedad corresponde a un invento de Occidente (Eva M. García, 2017). Según lo que expresan Fritz y Speroff (2012) existen razones para pensar que las disparidades entre culturas no conllevan a modificaciones en lo fisiológico, sino que los distintos modos de percibir la menopausia se generan a partir de las diferencias en los estilos de vida, situaciones socioeconómicas, actitudes y percepciones individuales.

Marcha Flint (citada por Eva M. García, 2017) luego de culminar un estudio en Rajput (India) realizado a 483 mujeres que se encontraban en una etapa menopáusica, se pregunta “¿cómo puede ser, si los cambios hormonales son los mismos que los de las mujeres de Occidente, que la sintomatología asociada resulte totalmente diferente?” (p. 227). La antropóloga, encargada de la investigación en la década de 1970 contempló que las mujeres casi no tenían síntomas psicológicos. En la tribu Rajput perciben la menstruación como “contaminante”, teniendo que vivir previo al cese de la misma en purdah (aisladas y con velos) . A su vez, tienen prohibido realizar visitas públicas a los hombres, como también hablar, hacer bromas o beber con ellos mientras se encuentren dentro de su etapa fértil. Entonces, estos mandatos y restricciones cargados de significados negativos y tabúes en torno a la menstruación (como los de impureza) se terminan al comenzar la menopausia. Flint propuso como teoría que no sentían síntomas negativos al llegar al fin de sus capacidades reproductivas debido a sus mejorías en sus estatus social. Por ende, en la India, contrariamente a lo que sucede en otras culturas occidentales, muchas de las prohibiciones que tenían las mujeres se desvanecen, dejando de ser “impuras” para pasar a tener mayor prestigio y libertad. (Eva M. García, 2017).

Es interesante pensar que el envejecimiento en esta cultura está ligado a una mayor sabiduría, que provoca la vivencia de mayor aceptación y naturalidad, en contraposición a las nociones de Occidente sobre déficit, pérdida de belleza, deterioro y presión por la pérdida de la fertilidad. Por otro lado, estas ideas “positivas” en torno a la menopausia, derivan (una vez más) de nociones peyorativas, machistas y patriarcales sobre la sexualidad femenina, vista como “sucias” y “contaminante” la etapa de la menstruación.

Entre las mujeres mayas, japonesas o chinas, por ejemplo, no hay palabras que describan los “sofocos” (Fritz y Speroff, 2012). En estas culturas perciben síntomas psicobiológicos de manera más positiva, natural y por ende, menos necesitado de medicación. Esto se puede observar de forma similar en lo que ocurre con las mujeres tailandesas, que adquieren mayor prestigio en la sociedad al liberarse del vínculo entre el sexo y la reproducción. En la tribu de los Qemant (Etiopía) las mujeres que se encuentran

en etapas posteriores a la menopausia, tienen permitido el ingreso a los lugares considerados sagrados y ser parte de los rituales, anteriormente prohibido por hallarse en etapas “impuras” de su vida fértil. A su vez, en algunas tribus nativas de África, consideran a las mujeres que se encuentran en etapas fértiles como irresponsables e insensatas, por lo que, a partir del final del ciclo menstrual tienen la posibilidad de ocupar puestos altos de la sociedad, por ser más “juiciosas” y “conscientes”. (Eva M. García, 2017).

La menopausia, según Margaret Lock (como se cita en Eva M. García, 2017) se da en un complejo entramado entre la biología y la cultura, denominado por la autora como “biologías locales”. Esto hace referencia a que es necesario investigar desde una mirada que contemple la cultura específica, para romper con la universalización de métodos y problemas que supone el modelo positivista. De este modo, los aspectos de la sociedad como la moral, la religión, las instituciones (familia, escuela, iglesia) son tomados en cuenta para un enfoque más abarcativo del fenómeno a estudiar (González Rey, 1993).

En Sudáfrica, entre los Bantú, la menopausia implica también un aumento en el privilegio de las mujeres, pasando de ser “impuras” a tener permitido el ingreso a ciertas ceremonias de purificación que antes les eran prohibidas. De forma similar sucede en las culturas Magars de Nepal o Tiwi de Australia (Eva M. García, 2017) donde comienzan a ser vistas como seres sabios, plausibles de admiración y respeto.

En este sentido, es relevante prestar atención a cómo es vista la mujer en cada sociedad (valor de la maternidad, fertilidad, juventud) que influenciará en los significados que tengan para las diferentes etapas de su desarrollo. La menopausia, es un evento inevitable, en el que inciden el contexto social general, el contexto psicológico previo y el nivel socioeconómico a nivel particular, por lo que de esto dependerá si es sentido como padecimiento o con naturalidad (González Rey, 1993).

El visualizar las diferentes formas de percibir un mismo fenómeno biológico muestra la importancia de la investigación y la intervención local, que pueda dar respuestas adecuadas a los problemas que subyacen. Con respecto a lo que plantea Vygotsky (González Rey, 1993), la psicología puede pensarse como una ciencia que necesita de miradas que contemplen culturas particulares.

Por consiguiente, los sistemas de salud actuales intentan romper con el modelo médico hegemónico que toma por estándar al sujeto varón, siendo la mujer la “otredad”. Esta mujer, a su vez, es pensada desde una mirada occidental, negando por completo las

demás culturas. Se recalca la importancia de observar el entramado de creencias y prácticas culturales que existen alrededor de la sexualidad y las etapas del desarrollo de la mujer, para brindar en nombre de la salud, un abordaje que contemple las diversidades dentro de la cultura local donde se crea el problema.

## **CAPÍTULO 3:**

# **La menopausia de los feminismos y los estudios de género**

## Capítulo 3: La menopausia de los feminismos y los estudios de género

### 3.1: DESDE LAS LUCHAS FEMINISTAS A LOS ESTUDIOS DE LA MUJER Y LOS ESTUDIOS DE GÉNERO

Quiero insistir en que el término género sólo es útil como pregunta.  
(Joan W. Scott, 2008, p. 100)

Han sido los movimientos feministas y los desarrollos de los Estudios de Género los que permitieron resituar y releer la temática de la menopausia y los demás ciclos femeninos. Es a partir de la segunda mitad del siglo XX que las acciones y los pensamientos cargados de tabú (como la sexualidad femenina) comienzan a ser cuestionados y discutidos. A su vez, en los años '60 se empieza a exigir modificaciones en la agenda política con el fin de reivindicar algunos de los derechos para las mujeres. La llamada segunda ola del feminismo pondrá el acento en el cuestionamiento de lo relativo a la vida privada y al cuerpo, politizando estas cuestiones junto al renombrado lema "lo personal es político".

Esta revolución cultural producto de los grandes movimientos feministas visibilizó y dio voz a las mujeres, lo que permitió a partir de la década de 1960 la emergencia de un escenario político que se hizo presente más adelante en los llamados Estudios de la Mujer. Es importante destacar que, sin este impacto realizado por las luchas feministas, quienes mostraron la necesidad de un trastocamiento en la producción de saberes, no hubiese sido probable la creación de cursos sobre la mujer en las universidades. En los siguientes años, se generó una cantidad de conocimientos y experiencias en relación a lo femenino, volviéndose cada vez más incluyentes y abarcativos. Tales estudios fueron sumamente cuestionados por estigmas que giraban entorno a su nombre, que lo encapsulaban erróneamente como "cosas de mujeres" o "mujerismo". De este modo, algunas pensadoras criticaban que, sin desearlo, se continuaba repitiendo la lógica de que sean las mujeres quienes se preocupan y resuelven los "temas de mujeres", mientras los varones se interesan y centran en el resto del mundo (Mabel Bellucci, 1992)

El término "género" parece ajustarse más a lo establecido por la academia y a lo aprobado por la terminología científica, disminuyendo su relación con la política del feminismo. Es posible pensar que, en la búsqueda de una palabra más neutral y objetiva que "mujer", se perpetúa el silenciamiento sobre la persona oprimida. En este mismo tiempo

histórico, también nacían en países como Canadá, Alemania, Estados Unidos (entre otros) grupos de varones que reflexionaban sobre el lugar de la masculinidad y su relación con el machismo. Entonces, en el marco de todas estas transformaciones, el desplazamiento por "género" sugiere que la información sobre las mujeres implica a los estudios de los hombres, rechazando la idea de esferas separadas. (Joan Scott, 1996a). De todos modos, tanto los Estudios de la Mujer como los posteriores Estudios de Género emergen de la necesidad de "desbiologizar" y "despatriarcalizar" las teorías con las que se interpreta el mundo, para crear una nueva forma de ver la realidad que impacten en la comprensión y modificación de las relaciones de poder existentes entre las mujeres y los hombres.

En este capítulo el término "género" aparece como herramienta para acercarse de otro modo a la noción de la sexualidad femenina, desligada de lógicas esencialistas que reproducen violencias a las mujeres. Según lo que establece la historiadora Joan Scott (1996a), la diferencia entre sexo y género radica en que este último pasa a ser una forma de:

denotar las "construcciones culturales", la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres. Es una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres. Género es, según esta teoría, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado (p. 271)

En este sentido, el género como categoría de análisis permitió y permite desnaturalizar muchas de las desigualdades que no se problematizaban por considerarse parte de la biología y de la esencia del ser humano.

La menopausia es un evento normativo biológico universal (Urbano y Yuni, 2014) que no es unívoco, sino que adquiere distintas significaciones según los contextos sociales y las particularidades de cada mujer. En nuestra cultura patriarcal, el género femenino ha estado sujeto a ideales de belleza, juventud y maternidad que al llegar al final de la etapa reproductiva queda sumergido en connotaciones negativas que impactan en la forma de verse de cada mujer. Desde la infancia, aprendemos que debemos ser atractivas, pero partiendo de la idea de que nuestro cuerpo es imperfecto y debe ser modificado para lograr el ideal de belleza establecido. Lamentablemente, muchas de las respuestas que se brindan para los síntomas de esta etapa tienen una mirada únicamente biologicista, lo que nubla

poder pensar las múltiples ocurrencias que pueda estar viviendo la persona en ese momento de su vida.

Los Estudios de Género tienen como antecedentes autoras/es de diversas disciplinas que toman a la persona como producto de una determinada cultura y un momento histórico específico. Graña (2006) realiza una revisión acerca de los cuestionamientos realizados al esencialismo biologicista recuperado de los aportes de diversas pensadoras y pensadores. En los años 30', la antropóloga Margaret Mead ya comenzaba a problematizar las supuestas conductas "naturales" e innatas ligadas al sexo. A su vez, la filósofa Simone de Beauvoir (2015) en 1949 en su libro *El Segundo Sexo* expresaba que "no se nace mujer: se llega a serlo" (p. 371). Esta célebre frase rompe con la noción arraigada del destino biológico desde el nacimiento, siendo lo masculino o femenino modos de conductas aprendidas. En otras palabras, "no se nace mujer": sensible, sumisa, cariñosa, maternal, abnegada, sino que es un proceso cultural que culmina en la atribución de características dependiendo del género que le corresponda al sexo. (Teresa López, 2015)

El psicólogo Jhon Money en su libro "Desarrollo de la sexualidad humana" de 1955, emplea la terminología "gender" para hacer referencia a la participación e influencia que tiene la cultura en la formación de nuestra identidad sexual (Rosa González, 2009). A decir de Félix López (1988) "la identidad sexual es un juicio (soy hombre, soy mujer) sobre la propia figura corporal, basado en las características biológicas" (p. 48). Estos cuestionamientos ocurren en la década de 1970 en Estados Unidos en un clima de protestas y reivindicaciones por los diagnósticos y clasificaciones de "anormales" que realizaban los profesionales de la salud a las personas homosexuales, transexuales e intersexuales. (Rosa González, 2009)

Por otra parte, el psiquiatra Robert Stoller en su libro "Sex and gender: On the development of masculinity and femininity" de 1968, introduce una nueva mirada a partir de sus investigaciones, utilizando el concepto de género para diferenciar lo que sería el "sexo social asignado" del "sexo biológico". Stoller expresa que a partir del año y medio del nacimiento del sujeto, este ya puede percibir su identidad de género (Rosa González, 2009). "La identidad de género es un juicio de autoclasificación como hombre o mujer basado en aquellos aspectos que (...) han ido conformando culturalmente al hombre y a la mujer" (López, 1988, p. 48). Por ende, se define a partir del grado de percepción que cada persona tenga sobre sí misma como "femenina" o "masculina". Las investigaciones de

Stoller (citado en Rosa González, 2009) afirman que los pensamientos, las fantasías o los sentimientos, no están determinados únicamente por la anatomía sexual.

Las múltiples pensadoras/es que formaron parte de los estudios de género se enfocaron en una crítica sistemática a lo que comúnmente se considera “femenino” y “masculino”, como también a la deconstrucción de las explicaciones que se han brindado en nombre de la verdad, lo legítimo y lo científico sobre las diferencias sexuales y sociales entre los varones y las mujeres. Gloria Bonder (1998) recupera la pregunta de Giroux:

El feminismo ha sostenido, en clave de género, una pregunta fundamental frente al saber instituido: ¿Quién habla en esa teoría; bajo qué condiciones sociales, económicas y políticas formula ese discurso; para quién y cómo ese conocimiento circula y es usado en el marco de relaciones asimétricas de poder?. (p. 30)

Alejado de posturas esencialistas, universalistas o biologicistas, los movimientos feministas y los estudios de género aparecieron para romper y cuestionar la íntima relación entre el saber y el poder, dejando en evidencias las violencias jerárquicas, las exclusiones y los silenciamientos hacia las mujeres tanto en lo académico como en la sociedad en general. El feminismo, en búsqueda del reconocimiento de sus derechos y capacidades, ha puntualizado el carácter situado del conocimiento. (Gloria Bonder, 1998). Siguiendo este pensamiento, lo que se ha escrito sobre la menopausia no se encuentra por fuera de un ordenamiento patriarcal, se habla de cuerpos y sujetos mujeres como objetos a investigar desde un lugar de poder.

Por otro lado, existen posturas que van más allá de esta división entre lo biológico y lo construido. Desde esta perspectiva tanto el género como el sexo son invenciones de la cultura. Judith Butler (2007), una filósofa posestructuralista, expresa que no existe la distinción entre un sexo biológico y un género construido. Su conclusión parte de la idea de que al describir, pensar y conceptualizar al sexo se hace siempre desde parámetros culturales específicos (Rosa González, 2009). Anne Fausto-Sterling (2000) en “Los cinco sexos” cuestiona la noción de que existan sólo dos sexos. La autora expresa que aún biológicamente hablando, se puede afirmar que existen cinco (o incluso más) sexos, poniendo énfasis en que la cultura occidental y la literatura médica, elimina o agrupa en la categoría “intersexual” lo que no se ajuste al patrón hombre-mujer. Por ende, el sexo también es creado según los parámetros y los acuerdos que se rigen en la sociedad.

La categoría “género” es de gran utilidad para analizar bajo qué conceptos se formó la categoría de lo “femenino”. En otras palabras, el concepto de género sirve para interrogar la historia. Joan Scott (1996b) emplea que los sistemas de género están inmersos en sistemas binarios que reproducen violencias jerárquicas: hombre/mujer, masculino/femenino, público/privado. Es importante tener en cuenta lo que plantea la autora a la hora de observar y analizar los procesos sociales, que son mucho más complejos que una simplificación en las diferencias entre mujeres y hombres.

A partir de las primeras formulaciones de la división entre un sexo biológico y un género construido socialmente, muchos profesionales de la salud mental comenzaron a ser críticos ante sus teorías y prácticas. El género es “una invitación a pensar de manera crítica sobre el modo en que se producen, utilizan y cambian los significados de los cuerpos sexuados”. (Joan Scott, 2008, p. 102). Estos significados son creados en contextos . específicos y por ende, solo pueden formularse preguntas sobre lugares específicos.

El género no es un concepto universal, fijo e invariable, es una noción que necesita una mirada compleja, que contemple a su vez, las “múltiples posiciones estructurales que sitúan su experiencia, conocimiento, elecciones y prácticas en historias particulares y en relación específica con la comprensión de la cultura dominante de lo que es real, normal, aceptable e incluso posible” (Tolman y Diamond, 2014, “teorías de interseccionalidad”, párr. 1). Es necesaria una perspectiva que tome en cuenta las diferencias estructurales que organizan las vivencias del ser humano: género, clases sociales, etnias, costumbres, religión, entre otras. (Tolman y Diamond, 2014)

### **3.2: SALUD Y MENOPAUSIA EN PERSPECTIVA DE GÉNERO**

La World Health Organization (Organización Mundial de la Salud en español, 2001) establece que las mujeres poseen un riesgo de depresión de dos a tres veces más alto que los hombres. En el estudio Global Burden of Disease (como se citó en World Health Organization [WHO, 2001]) del año 2000 se estima una prevalencia del 1,9 % de episodios depresivos en los hombres y del 3,2% en las mujeres. En concomitancia, se calcula que anualmente 73 millones de mujeres adultas en el mundo padecen de un episodio depresivo importante. Estas diferencias estadísticas entre los sexos se analizan desde una perspectiva de género, ya que, las desigualdades en los factores como: la educación, los ingresos y el empleo, limitan la capacidad de las mujeres para proteger su propia salud

(WHO, 2009). Dio Bleichmar ya en 1991 a partir de un estudio realizado en un Hospital de España, alertaba que la frecuencia de depresión en la mujer en relación al hombre, aumenta con la edad. Los resultados fueron: en personas menores de 45 años: 180 mujeres cada 100 hombres; entre los 45 y 60 años: 220 mujeres cada 100 hombres; mayores de 60 años: 420 mujeres cada 100 hombres (Emilce Dio Bleichmar, 1991).

La noción de salud de la mujer (a lo largo de los diferentes momentos históricos) estuvo y está entrelazada a la reproducción, a la maternidad o a los cambios hormonales. La depresión en este sentido, pasa a ser la enfermedad por excelencia de los últimos tiempos, atribuida a las mujeres. Tomando a Mabel Burin (1992) la depresión puede pensarse como un malestar central en las mujeres, que culminó en la patologización. La autora establece que son varios los momentos en la vida de la mujer que está categorizada o se asocian con esta enfermedad mental: depresión post parto, depresión por el “nido vacío”, y depresión por la pérdida de la capacidad reproductiva: la menopausia. En este trabajo se pretende interrogar, siguiendo los planteos de Burin, si la depresión en las mujeres (asociado a la etapa del climaterio) forma parte de su naturaleza o son ellas quienes tienen condiciones de vida eventualmente depresógenas.

Dio Bleichmar (1991) escribe a partir de una recopilación de datos estadísticos en España, sobre la predisposición de la mujer a tener depresión. En estos, encuentra que las personas que lo padecen tienen tendencias psicológicas a ser dependientes y restringidas en sus vínculos. En ambos casos, la persona adquiere una dependencia casi exclusiva para la regulación de su autoestima y se sienten inseguras en el relacionamiento con los demás, con un gran miedo a perderlos. Con respecto a su participación en lo social, la persona comúnmente se desempeña en un solo rol, lo que la mantiene aislada o con poca participación en otros ámbitos. En base a estos datos, la autora concluye que los factores psicosociales que conducen a la depresión se relacionan con el estereotipo de la feminidad tradicional, caracterizados por ser: sensibles, dulces, pasivas, obedientes, sumisas, dependientes, necesitadas de afecto, frágiles, complacientes. Todos estos atributos, se correlacionan con los rasgos que tiene una personalidad depresiva (dependencia, pasividad, falta de firmeza o asertividad, gran necesidad de apoyo afectivo). Por ende, se puede concluir que lo que predispone a las mujeres a tener depresión es cumplir con el mandato de su rol.

Son varias las psicoanalistas que han pensado desde una perspectiva de género los distintos padeceres de las mujeres. Así, cuestionan los cimientos desde donde se piensa la

relación salud/enfermedad de las mismas, analizando los diferentes modos de vida y los distintos aspectos culturales que conforman su subjetividad. Expresa Mabel Burin (1992): “ha sido nuestro propio malestar como mujeres lo que nos ha llevado a estos nuevos criterios para operar en este campo” (p. 317). A pesar de los años que nos diferencian con lo escrito por la autora, tenemos en común la necesidad de cuestionar e intentar elucidar las nociones construidas en torno a la femineidad que producen dolencias sobre nuestra sexualidad.

Eva Margarita García (2017) sostiene que en esta segunda década del siglo XXI, la aparición de la menopausia, concurda en muchas mujeres con la sobrecarga por la no distribución de tareas de crianza, domésticas y laborales, sumado a los cuidados de los familiares mayores, lo que puede exacerbar la gravedad de los síntomas del climaterio. Mabel Burín (1992) expresa que estos lugares y papeles determinados para las mujeres dentro de las culturas patriarcales, las lleva a ser más propensas a tener “modos de vida enfermantes”, que se traduce en estados no saludables de los procesos psicobiológicos, debido al exceso de carga física y mental.

Asimismo, los mandatos culturales producen en la mujer la exigencia de ser las encargadas de obtener armonía en la convivencia, “mantener el orden” y equilibrar los afectos en la pareja y la familia en general, sumado al esfuerzo de estar o mostrarse saludables psíquicamente. Simone de Beauvoir introdujo el término “seres para los hombres” que intenta visualizar esta concepción de la mujer como garante del bienestar de los hombres a pesar de su salud. En la década de 1970 y 1980, Franca Basaglia, lo amplifica por “seres para otros, cuerpos para otros” para abarcar a su vez, a los hijos, al resto de la familia, a las personas mayores, al trabajo (Marcela Lagarde, 2012). Marcela Lagarde (2012) retoma estas ideas, estableciendo que la diferencia jerárquica entre los géneros no se hubiera logrado solamente a través de la dominación o superioridad autoritaria. La capacidad de vivir para los otros, la entrega, el sacrificio, se les ha depositado como virtudes y atributos hechos “por amor” como una característica propia de las mujeres. Esto no ocurre sin consecuencias, sino que, muchos estudios concuerdan que el costo es la expresión de malestar que se traduce en estados depresivos (más aún si su rol fracasa). (Mabel Burin, 1992)

Por todo lo dicho, desde la Psicología es sumamente necesaria una mirada atenta hacia la salud de las mujeres que contemple los problemas de género y las formas de construcción de “enfermedad”. Para esto, Mabel Burin (1990) en su libro “El malestar de las

mujeres. La tranquilidad recetada” introduce una nueva categoría de análisis para pensar las relaciones instituidas y naturalizadas de lo que se considera normal o patológico: la noción de malestar. Este término rompe con la dualidad salud- enfermedad (sometida a condiciones opresivas para las mujeres) y permite alejarse de las clasificaciones sujeto–objeto, externo–interno, normal–patológico. (Mabel Burin, 2010).

Pese a ello, según un estudio realizado en Argentina han sido muy difíciles los intentos de superar el paradigma asistencialista que perpetúa estas dualidades. Existe una prevalencia mayor en las consultas de las mujeres en relación a los varones, quienes ante situaciones de malestar acuden a su médico clínico y/o ginecólogo. En las mujeres de mediana edad, habitualmente se prescriben vitaminas, compuestos hormonales o se inicia algún tratamiento psiquiátrico (esto se repite en varias etapas del desarrollo). (Burin, 1992). Entonces, analizando desde la perspectiva de este trabajo, donde la menopausia se trata de un elemento más de la complejidad de la vida de la persona con sus diferentes contextos y circunstancias: ¿qué ocurriría si se modifica la mirada asistencialista y biologicista que se tiene sobre este fenómeno?, ¿se podría pensar un climaterio sin medicación, si cambian las condiciones de vida de las mujeres a esa edad?.

En relación a esto, Débora Tajer (2009) años más tarde, plantea la existencia de diferentes modos de subjetivación tanto en varones como en mujeres, constituidos según los cambios históricos y vinculares en relación con las exigencias e ideales sociales que impactan en la conformación de los psiquismos. El modo de subjetivación es entendido por la autora como “un constructo conceptual que refiere a la relación entre las formas de representación que cada sociedad instituye para la conformación de sujetos aptos para desplegarse en su interior y las maneras en las cuales cada sujeto constituye su singularidad” (Silvia Bleichmar como se cita en Débora Tajer, 2009, p. 1). De esta manera, no existe un único modo de subjetivación de género, ya que, a partir de la segunda mitad del siglo XX y principios del siglo XXI, ha ocurrido una transformación rápida e intensa en estas relaciones sociales.

Para ser más específica, Débora Tajer (2009) desarrolla la existencia de tres diferentes modos de subjetivación. De forma concisa, en el modelo tradicional existe una relación asimétrica en los roles masculinos y femeninos. Los varones gozan de mayores posibilidades, mayor poder y se encargan de la provisión económica. En las mujeres, su salario debe convertirse “por amor” en cuidados del hogar y crianza de los niños, teniendo como aspectos primordiales de su vida los valores de maternidad y conyugalidad. Desde la

primera infancia estas mujeres han aprendido que para ser femeninas deben ser “buenitas”, no molestar, no protestar, ser humildes, obedientes, sumisas y tener en claro que son sólo los hombres quienes pueden y tienen permitido expresar su enojo abiertamente. Esto genera expresiones indirectas de hostilidad en las mujeres, dado que, los mandatos de la sociedad, inhiben el despliegue de esta pulsión (Mabel Burin citada en Débora Tajer, 2009). Esta fuerte censura presenta otras dificultades como: “la vuelta contra ellas mismas (masoquismo), la manifestación indirecta de los sentimientos hostiles de manera “venenosa” o solapada y la descarga inespecífica y/o masiva por falta de ligazón entre representación y afecto”. (Débora Tajer, 2009, p. 5). Durante años las mujeres acumulan su enojo por no estar culturalmente aceptada su expresión, lo que produce su manifestación separada, aplazada y de forma explosiva de lo que lo produjo en un principio, lo que genera a su vez, incomprensión, etiquetas de “descolocadas” e “histéricas” o rechazo hacia el resto de las personas.

El modo de subjetivación femenino transicional es definido por la autora como: “mitad de camino”. En pocas palabras, continúa la presión social de cumplir con el mandato de mujer/madre del modelo tradicional, al que se le agrega la inserción al mundo laboral y profesional (mundo público). El dominio masculino, aunque puede ser más leve que en el modelo tradicional, suele mantenerse. En la conformación del psiquismo, en este modo de subjetivación, continúa existiendo un mal manejo de los conflictos, con una predominante rivalidad y competitividad. Nuevamente la hostilidad puede tener un destino inespecífico sobre las personas o cosas, con una posible vuelta de la hostilidad sobre sí mismas (masoquismo, depresión, culpa). La autoestima está medida según el cumplimiento de alguno de los ideales nombrados anteriormente. A su vez, la tan sonada frase “afortunada en el trabajo, desafortunada en el amor” tendrá su auge en estos tiempos, dando a entender que, si se tiene éxito en uno, no lo tendrán en el otro. (Débora Tajer, 2009).

Por último, el modo de subjetivación innovador se define por su diversidad. Las vías de expresión de hostilidad de las mujeres en este modelo, se presenta en concordancia entre lo que sienten y expresan. La conyugalidad y la maternidad ya no se plantean como un mandato sino como una opción. La maternidad en algunos casos, principalmente en las mujeres más jóvenes, se pospone para lograr un desarrollo profesional. Por su parte, dependiendo de la clase social, lo laboral aparece como un auto sustento sea para vivir sola o en familia. (Débora Tajer, 2009). Esta toma de decisiones son recientes para las mujeres, que poseen poca trayectoria en el trabajo sobre su autonomía y responsabilidad subjetiva. Por esto, en un mundo que aún es patriarcal, tienen grandes padecimientos al soportar

ideales fuertemente demandantes como el ser extraordinarias madres, esposas y trabajadoras. (Débora Tajer, 2009).

La autora plantea estos tres modos de subjetivación en un orden cronológico. El modo tradicional perteneciente a la época moderna, el modo transicional irrumpe a partir de la segunda mitad del siglo XX y los modos denominados innovadores aparecen en la actualidad. Así, según el momento histórico, corresponde una representación hegemónica e ideal a cumplir para las personas. No obstante, agregó como punto de reflexión que en una misma época pueden coexistir estos modelos en diferentes mujeres, como también se pueden entrelazar en una misma persona pero en diversas situaciones o momentos de su vida. Por ejemplo, puede una mujer encontrarse en un modo de subjetivación “innovador” en su trabajo pero en lo que refiere a su hogar pertenecer a un modelo “tradicional”.

Por lo dicho, la mirada con la cual visualizar esta problemática debe rescatar las complejidades de los distintos mandatos que actúan sobre las vidas de las mujeres. El modelo tradicional sigue estando vigente, que unido a otros modos de subjetivación, genera otras complejidades específicas que necesita de abordajes específicos. Entonces, se debe tener en cuenta que la vivencia puede no ser la misma aún dentro de un mismo contexto, por ejemplo, a raíz de la variabilidad en las clases sociales, creencias, religiones, acceso a medios de información, entre tantas otras.

Es interesante pensar que tanto Mabel Burin como Débora Tajer están hablando de un mismo suceso natural pero en diferentes momentos de la historia. Burin, contextualizada en un modelo tradicional/transicional, cuestiona el malestar de las mujeres asociado a la sobrecarga de sus acciones de cuidado de salud en los demás: hijos, marido, hogar. Por su parte, Débora Tajer (2009) años más tarde se encuentra con otra realidad (modelo transicional o innovador) que, además de los mandatos del rol tradicional, le agrega el ideal de ser buenas trabajadoras, profesionales, sin dejar de ser bellas y jóvenes. Esta autora psicoanalista establece que la vulnerabilidad coronaria (que aumenta en la menopausia) está asociada a una diferencia de género, que impacta en determinantes biológicos, psicológicos y sociales. Esto se debe, al nuevo mandato del rol de las mujeres de tener una exigencia de realizar todo “10 puntos”, con una sobrecarga de tareas y el peso de ser en muchos casos la única proveedora económica de la familia, sumado a la poca cobertura de redes e instituciones.

Aún hoy, transcurridos unos cuantos años de lo que llevó a muchas mujeres a indagar sobre los motivos de su malestar o escribir sobre las temáticas relacionadas a su

sexualidad, sigue vigente el pensar y cuestionar lo que ocurre. ¿Por qué sigue siendo una problemática actual?, ¿aparecen otros malestares?. En la actualidad, al mandato “se buena mujer” se le han agregado más aspectos. Nuestro rol se caracteriza por lograr ser buenas para todos y en todo: buenas en el trabajo, buenas como madres, buenas como pareja, buenas en conducir, buenas en cocinar, buenas en la política, buenas en limpiar, buenas profesionales, buenas en la mayor cantidad de facetas que se pueda. Hoy en día, no nos es ajena la frase: “si no lo hago yo, ¿quién?”, cargada de culpa si no se logra cumplir con todo lo propuesto. El empoderamiento femenino, ha llevado a la difícil y peligrosa encrucijada de tener que demostrar que podemos con las mismas actividades al igual o mejor que las permitidas para los hombres. Esto produce una constante demostración a la sociedad, ya que no basta con la “aprobación” del marido o de los hijos, sino que se traspasa al jefe, a los compañeros, a las demás mujeres. (Inspiración femenina, 2016)

Es posible hablar de un progreso en la sociedad, no obstante, este es medido según avances científicos que deja de lado los desarrollos emocionales y anímicos. La mujer actual se encuentra inmersa en una gran trampa, que “consiste en pensar que el estar pendiente de todos y de todo, el asumir responsabilidades ajenas como propias, el ser la superwoman de la casa y del trabajo, le da un sentido a su vida” (Inspiración femenina, 2016, párr. 14). Un sentido que se basa en conseguir todo lo que se le ha prohibido hasta ahora y se le ha concedido al hombre, sin preguntarse a sí misma si eso es lo que le conviene, si eso es lo que realmente quiere. (Inspiración femenina, 2016).

El estar pendientes de todos, no permite un tiempo libre para estar pendiente de ella. Existe una desconexión con su propia persona, llegando a una edad adulta sin conocerse realmente. A esto se le suma, por un lado, la continua patologización de sus cuerpos que causan modificaciones mediante hormonas que se prescriben desde la pubertad. Por otro lado, el gran tabú hacia la sexualidad femenina que se fue construyendo a través de la historia por los grandes poderes como: la Iglesia, el Estado, la Medicina. Esta última se acrecienta en las mujeres mayores, quienes son catalogadas principalmente por la inexistencia de sus deseos sexuales.

Siguiendo esta línea, existen múltiples artículos acerca de “mitos vs realidades” sobre la menopausia. ¿A qué se debe la construcción de mitos en una etapa natural del desarrollo?. Si todas las mujeres pasan por el climaterio ¿no debería saberse con claridad los posibles síntomas o sentires que acarrea la misma?. Ante estas interrogantes, se puede reflexionar que al igual que otros momentos de la sexualidad femenina, está inmersa en un

gran silenciamiento. En resumen, los mitos que se repiten con más frecuencia son: aumento inevitable de peso, sofocos iguales en todas las mujeres, baja de deseo sexual o un fin de la sexualidad. Durante varias semanas, Cecilia González (2019) la autora de una nota denominada "Menopausia, el último tabú" preguntó a varias mujeres entre 30 y 50 años qué conocimientos tenían sobre este tema. La principal respuesta fue: calores o sofocos. A su vez, constató que la mayoría no hablaba de la menopausia con amistades ni tampoco con su ginecólogo/a, incluso quienes se encontraban cercanas a la edad del fin de su menstruación.

¿Qué ocurre con lo que no se nombra?. Aunque sea un evento inevitable, muchas no escuchan sobre la temática aún si están en una edad mayor, lo que puede deberse a que no se habla con frecuencia entre las familias, conocidos, en la educación formal o en medios masivos de comunicación. La falta de información genera miedos, incertidumbre, vergüenza y también, mitos. Anna Freixas (2007) escritora feminista española, expresa que si se estudia o se publica sobre la menopausia se hace desde un enfoque hacia los:

problemas y amenazas para las mujeres que van del infarto a la depresión, de la frigidez a la osteoporosis, de la depresión al envejecer, entre otros males posibles, que llevan a que cualquier persona que los interiorice, la tema y no sin razón (p. 23).

La sexualidad en la vejez es tratada como problema, se centra en las disfunciones, en los malestares, en la menopausia (vista desde lo negativo), sin mencionar lo saludable y divertido de la misma. La autora acusa que existe un mutismo que genera sospechas sobre las ventajas o bondades de la sexualidad en la edad adulta. ¿Qué es lo que sucede?, se pregunta: ¿será el miedo de que ocurra una rebelión de mujeres mayores, sabias y libres?. (Anna Freixas, 2007).

Es momento de seguir reivindicando los cuerpos de las mujeres, más aún de las mujeres adultas, para poder hablar con naturalidad sobre su sexualidad, deseos, anhelos, como también de sus miedos y de sus inquietudes. Devolverles la libertad de poner en palabras sus sentires, y no continuar perpetuando este silenciamiento que nada bueno genera.

Son muchas las aristas que interactúan en esta compleja problemática, que llevan años de nociones arraigadas que son difíciles de superar, como: mitos sobre la vejez, la sexualidad o la menopausia; ideales de belleza y de juventud; estereotipos de femineidad; diferencias de géneros; entre otros. Por eso desde la psicología se debe apuntar a brindar

una escucha atenta, que visibilice las voces de las mismas mujeres, teniendo en cuenta a la persona en sí, con sus diferentes y múltiples atravesamientos que conforman su subjetividad. A su vez, las diversas disciplinas deben permitirse el espacio para poder ser críticos y repensar los conocimientos que en nombre del saber brindan a la sociedad.

The background of the page is a vibrant red watercolor wash, with varying shades of red and pink creating a textured, organic feel. The colors are more saturated in some areas and lighter in others, giving it a sense of depth and movement.

# **CAPÍTULO 4:**

## **Reflexiones finales**

## Capítulo 4: Reflexiones finales

La menopausia, más allá de ser un evento biológico normativo, se la puede considerar como una construcción de la sociedad. De este modo, es indispensable tener en cuenta una perspectiva de género que permita observar el fenómeno de una manera más integral. El género es útil como herramienta para visualizar las distintas dolencias de las mujeres y cuestionar los cimientos desde donde se construyó las nociones sobre la salud y la enfermedad.

La pregunta que realiza la antropóloga Marcha Flint, la considero fundamental como punto para continuar indagando y no quedar estancadas/os en un abordaje fijo y universal de la menopausia: “¿cómo puede ser, si los cambios hormonales son los mismos que los de las mujeres de Occidente, que la sintomatología asociada resulte totalmente diferente?” (como se citó en Eva M. García, 2017, p. 227)

Los síntomas (o la forma de percibirlos) no solo cambian según el contexto, sino que, basándome en la perspectiva de Débora Tajer, varían dependiendo de la manera en que se construyen los diferentes modos de subjetivación. Traer el pensamiento de diversas autoras que se encargaron de transmitir lo sentido por las mujeres de su época, es una forma de hacer visibles los malestares de quienes han sido silenciadas a lo largo de la historia. A pesar de que muchas características de las culturas patriarcales (aún en diferentes momentos históricos) se mantienen, también presentan cambios en la medida que la sociedad se rige bajo otros paradigmas. Entonces, me pregunto: ¿Cómo pueden ser las distintas vivencias de la menopausia, entendiendo los distintos modos de subjetivación?, ¿puede ser la menopausia una etapa más placentera, si se cambia el significado que se le atribuye a la misma?.

Son interrogantes que no tienen una única respuesta lineal o absoluta. Si bien en la monografía se intenta abarcar algunos aspectos, se dejan por fuera una gran diversidad de otros que dan cuenta de su complejidad. Mabel Burin (2010) expresa que se necesitan nuevos paradigmas para tratar el campo de la salud mental de las mujeres. La misma, hace hincapié en la noción de complejidad, y la retomo como punto importante a tener en cuenta como profesionales o futuros profesionales de la salud. Según esta perspectiva, nuestras prácticas y saberes deben tener:

Flexibilidad para utilizar pensamientos complejos, tolerantes de las contradicciones, capaces de sostener la tensión entre aspectos antagónicos de las conductas y de abordar, también con recursos complejos, a veces conflictivos entre sí, los problemas que resultan de ese modo de pensar (p. 7)

La sexualidad en general precisa de nuevos abordajes. La menopausia es un ejemplo de los procesos del desarrollo que han sido desconectados del propio sentir de las mujeres y hablados a través de los poderes de la sociedad. Por esto, se toma a lo largo de la monografía los aportes de Mabel Burin y Emilce Dio Bleichmar ya que se encargaron de problematizar la visión psiquiátrica y patologizadora desde una mirada psicoanalítica, psicosocial y feminista. Estas autoras, y tantas otras (algunas también mencionadas en la monografía) permitieron cuestionar los saberes instituidos y abrir interrogantes hacia aquello que se ha intentado controlar y ocultar por años bajo un sistema patriarcal que anula la capacidad de goce.

El tener la posibilidad de realizar el presente trabajo y reflexionar sobre esta temática en la actualidad, es gracias a un largo proceso de grandes modificaciones logrados por los movimientos feministas, los estudios de género y las múltiples pensadoras y pensadores que dieron lugar a cuestionamientos y visualizaciones de nuevos caminos en lo que respecta a la salud de la mujer.

A pesar de los avances que se han logrado, considero que sigue vigente el reflexionar e investigar acerca de este fenómeno. Son escasas las publicaciones e investigaciones al respecto y son múltiples las aristas que existen para analizar la afectación de la sexualidad en las mujeres. Por esto, se requiere de un trabajo con paciencia, escucha, deconstrucción, que derriben los obstáculos culturales que se fueron conformando por años.

Es importante que como profesionales de la salud derribemos los prejuicios que influyen en la calidad de vida de las personas. Para esto, se necesita un cambio urgente en las ideas sobre el envejecimiento, para que las mujeres puedan sentirse mejor con su cuerpo, sin guiarse por ideales de bellezas inalcanzables establecidos por la sociedad. Para ello, es fundamental el acceso a la información, que sea centrado en los cuidados, en el autoconocimiento, en el afecto, el placer, la intimidad y la sexualidad.

Asimismo, invito a observar el fenómeno de la menopausia desde un abordaje transdisciplinario, para no sesgarnos desde la mirada de una sola disciplina. Es momento de continuar encontrando nuevas técnicas y nuevos modos de acercarnos a las demandas

y las dolencias naturalizadas de las mujeres. Como expresa Mabel Burin: “Resulta imprescindible examinar los paradigmas con los que operamos, hacerlos explícitos, considerar si corresponden o no a nuestras necesidades como mujeres, a nuestros modos de vivir, de sentir, de desear”. (2010: 7)

## Referencias bibliográficas:

- Badilla, I. y Vargas, A. (2013). Conceptos e historia del cese menstrual: un acercamiento género-sensitivo. *Costarricense de Psicología*, 32 (2), 215-236. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4767/476748718007.pdf>
- Bailón, E. (2004). ¿Se debe tratar la menopausia?. *Evidencias en Medicina de familia*, 33 (4), 203-208. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13058764>
- Belli, G. (1997). *Apogeo*. Madrid: Visor
- Bellucci, M. (1992). De los Estudios de la Mujer a los Estudios de Género: han recorrido un largo camino. En A. Fernández (Comp.), *Las mujeres en la imaginación colectiva* (pp. 27-51). Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós.
- Bleichmar, D. (1991). La depresión en la mujer. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (39), 283-287. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15234/15095>
- Bonder, G. (1998). Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente. En S. Montecino y A. Obach King(Comp.), *Género y epistemología: mujeres y disciplinas*. (pp. 29-55). Universidad de Chile: Programa Interdisciplinario de Estudios de Género. Recuperado de <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/bonder.pdf>
- Botello, A. y Casado, R. (2014). Menopausia y estereotipos de género: importancia del abordaje desde la educación para la salud. *Enfermagem Uerj*, 22 (2), 182-186. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13562/10384>
- Bravo, R. (2018). Cuerpo y poder. Una conversación entre Foucault y Butler. *Revista de Estudios Foucaultianos*, 4, 63-85. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1291488>

- Burin, M. (1992). Nuevas perspectivas en salud mental de mujeres. En A. Fernández (Comp.), *Las mujeres en la imaginación colectiva* (pp. 314-332). Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós.
- Burin, M., Moncarz, E. y Velázquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Burin, M. (2010, mayo). *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*. Clase dictada en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Recuperado de [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin\\_2010\\_Preprint.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1)
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Colombino, F. (1998). *La sexualidad en el adulto mayor*. Buenos Aires: Lumen-Hvmanitas.
- De Beauvoir, S. (2015). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra. (Trabajo original publicado en 1949)
- Fausto-Sterling, A. (2000). *The five sexes, revisited*. New York: The Sciences.
- Federici, S. (2004). *Caliban and the Witch. Women, The Body and Primitive*. New York: Accumulation.
- Fontenla, M. (2008). ¿Qué es el patriarcado?. *Diccionario de estudios de Género y Feminismos*. Biblos. Recuperado de <http://www.mujaresenred.net/spip.php?article1396>
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad. 1: La voluntad del saber*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M (2002). *Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo veintiuno. (Trabajo original publicado en 1975)
- Freixas, A. (2007). *Nuestra menopausia, una versión no oficial*. Barcelona: Paidós.

- Freud, S. (1976a). 31ª Conferencia. *La descomposición de la personalidad psíquica*. Obras Completas. Vol. 22. Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1932).
- Freud, S. (1976b). 33ª Conferencia. *La feminidad*. Obras Completas. Vol. 22. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1933)
- Freud, S. (2015). *Tres ensayos de teoría sexual y otras obras*. Obras completas. Tomo 7. Ed: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1901- 1905)
- Fritz, M. y Speroff, L. (2012). *Endocrinología ginecológica clínica y esterilidad*. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins.
- García, E. (2009). Fenomenología del cuerpo vivido y filosofía del viviente (M. Merleau-Ponty y G. Canguilhem). *Acta fenomenológica latinoamericana*, 3, 523-538. Recuperado de [https://www.clafen.org/AFL/V3/523-538\\_Garcia.pdf](https://www.clafen.org/AFL/V3/523-538_Garcia.pdf)
- García, E. (2017). La(s) menopausia(s). Simbologías y sintomatologías culturales. *Femeris*, 2 (2), 223-231. <https://doi.org/10.20318/femeris.2017.3768>
- González, C. (2019). *Menopausia: el último tabú*. Recuperado de <https://marieclaire.perfil.com/noticias/sociedad/menopausia-cecilia-gonzales-tabu-sintomastabu-feminismo-andropausia.phtml>
- González Rey, F (1993). Psicología social, teoría marxista y el aporte de Vigotsky. *Cubana de Psicología*, 10 (2-3), 164-169. Recuperado de [https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/ps-social\\_marxvigotsky.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/ps-social_marxvigotsky.pdf)
- González Rey, F (2016). Marxismo, subjetividad y psicología cultural histórica: avanzando sobre un legado inconcluso. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 7, 40-55. Recuperado de [https://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?querry=Dismax.DOCUMENTAL\\_TODO=Marxismo%2C+subjetividad+y+psicolog%C3%ADa+cultural+hist%C3%B3rica%3A+avanzando+sobre+un+legado+inconcluso](https://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?querry=Dismax.DOCUMENTAL_TODO=Marxismo%2C+subjetividad+y+psicolog%C3%ADa+cultural+hist%C3%B3rica%3A+avanzando+sobre+un+legado+inconcluso)
- González, R. (2009). Presentación. Estudios de Género en educación: una rápida mirada. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 14 (42) 681-699 Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v14n42/v14n42a2.pdf>

- Graña, F. (2006). *El sexismo en el aula*. Montevideo: Nordan-Comunidad.
- Inspiración femenina (2016). *La trampa del rol*. Recuperado de <http://inspiracionfemenina.com/2016/07/01/la-trampa-del-rol-julio-16/>
- Instituto Marqués (s/f). Unidad de Menopausia. Recuperado de <https://institutomarques.com/ginecologia/unidad-de-menopausia/>
- Marie Clarie (s/f). Mitos sobre la menstruación alrededor del mundo: cuando la regla se convierte en una pesadilla. Recuperado de <https://www.marie-claire.es/>
- Merck Sharp and Dohme Salud. (2018). Menopausia. España. Recuperado de: [https://www.msdsalud.es/Assets/docs/recursos/menopausia\\_20180802\\_151546.pdf](https://www.msdsalud.es/Assets/docs/recursos/menopausia_20180802_151546.pdf)
- Ministerio de Desarrollo Social., Ministerio de Salud Pública. (2014). Una Guía Saludable para Nosotras. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%ADa%20saludable%20para%20las%20mujeres%20INMUJERES%20Y%20MSP%202014.pdf>
- Lagarde, M. (2012). *El feminismo en mi vida: hitos, claves y topías*. Ciudad de México: Instituto de las mujeres del Distrito Federal. Recuperado de <http://www.mujaresenred.net/IMG/pdf/EIFeminismoenmiVida.pdf>
- López, F. (1988). Adquisición y desarrollo de la identidad sexual y de género. En Fernández, J. (Coord.), *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género*. (pp. 47-69). Madrid: Pirámide.
- López Pardina, T. (2015). Prólogo a la edición española. En S. de Beauvoir, *El segundo sexo* (pp. 7-42). Recuperado de <https://cursoshistoriavdemexico.files.wordpress.com/2018/09/beauvoir-simone-de-el-segundo-sexo.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Sexología. (2000). *Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción*. Guatemala. Recuperado de [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51672/ReunionSaludSexual2000\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51672/ReunionSaludSexual2000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Peña, Y., Maceo, M., Ávila, D., Utria, L. y Más, Y. (2017). Factores de riesgo para padecer cáncer de mama en la población femenina. *Finlay*, 7 (4). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342017000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000400008)
- Pineda, G. (2011). Significados de la menopausia y el climaterio. Experiencia corporal en un grupo de mujeres en el medio urbano. *Género y Salud en cifras*, 9 (3), 3 - 15. Recuperado de [http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen9\\_3/SignificadosdelaMenopausia.pdf](http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen9_3/SignificadosdelaMenopausia.pdf)
- Rodríguez, K. y Onatra, W. (1993). La menopausia: un estado fisiológico complejo. *Acta Médica Colombiana*, 18 (5), 257- 267. Recuperado de [http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/05-1993-05-La\\_menopausia\\_un\\_estado\\_fisiologico\\_complejo.pdf](http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/05-1993-05-La_menopausia_un_estado_fisiologico_complejo.pdf)
- Roman, C. (2019). ¿Conoces el origen de la palabra “vagina”? Recuperado de <https://culturizando.com/conoces-el-origen-de-la-palabra-vagina/>
- Scott, J. (1996a). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG, México. pp. 265-302.
- Scott, J. (1996b). “El concepto de género”. En M. Lamas (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México: Porrúa/Programa Universitario de Estudios de Género-UNAM.
- Scott, J. (2008). Preguntas no respondidas. *American Historical Review*, 113 (5) 100-110. Recuperado de

[http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/040\\_08.pdf](http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/040_08.pdf)

Tajer, D. (2009). *Heridos corazones: Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.

Tolman, D y Diamond, L. (2014). Sexuality theory: A review, a revision and a recommendation. *APA handbook on sexuality and psychology*. (pp.3-27). Washington, DC: American Psychological Association.

Torres, A. y Torres, J. (2018). Climaterio y menopausia. *Facultad de Medicina de la UNAM*, 61 (2), 51-58. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un182j.pdf>

Urbano, C. y Yuni, J. (2014). *Psicología del desarrollo: enfoques y perspectivas del curso vital*. Córdoba: Brujas.

World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*[AM1]. Recuperado de [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1+](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1+)

World Health Organization. (2009). *Women and health : today's evidence tomorrow's agenda*. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44168/9789241563857\\_eng.pdf?sequence=](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44168/9789241563857_eng.pdf?sequence=)