



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCION SALUD Y SOCIEDAD**



**CLIMATERIO. REPRESENTACIONES SOCIALES. UNA MIRADA DESDE
EL GÉNERO**

Autor: Newton Lameda Márquez

CI: 3.786.478

Valencia, Julio 20014



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD**



**CLIMATERIO. REPRESENTACIONES SOCIALES. UNA MIRADA DESDE
EL GÉNERO**

Autor: Newton Lameda Márquez.

Tutora: Dra. María Cristina González.

Trabajo de Grado presentado ante la
Dirección de Postgrado de la Universidad de
Carabobo para optar al título de
**DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES
MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD**

Valencia, Julio 2014

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCION SALUD Y SOCIEDAD

VEREDICTO

Nosotros, miembros del jurado designado para la evaluación de la Tesis Doctoral titulada: CLIMATERIO. REPRESENTACIONES SOCIALES. UNA MIRADA DESDE EL GÉNERO, presentada por el cursante: NEWTON PALMIRO LAMEDA MÁRQUEZ. Cédula de Identidad: 3.786.478 para optar al título de: DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD; estimamos que la miasma reúne los requisitos para ser considerada como:-----

NOMBRE	APELLIDO	CI	FIRMA

Valencia, Julio 2014

INDICE

PÁGINA

Resumen	vi
LO VIVIDO. DESANDANDO CAMINOS	7
CAPÍTULO 1	
ACLARANDO EL CAMINO	
El horizonte posible.....	4
Apostando al futuro.....	5
CAPÍTULO 2	
CLIMATERIO. HURGANDO EN EL RECODO DE LA HISTORIA.	
El cuerpo de las mujeres. Territorio Ocupado.....	8
El Climaterio. Una mirada socioantropológica.....	31
Género y Salud. Las precisiones necesarias.....	59
Derechos sexuales y reproductivos.....	102
CAPÍTULO 3	
REPRESENTACIONES SOCIALES. CONOCIMIENTO DEL SENTIDO COMÚN.	
Orígenes del constructo teórico.....	117
Representaciones Sociales. Una teoría en permanente construcción.....	118

CAPÍTULO 4**LA METÓDICA.**

Una aproximación a los estudios de las mujeres. Investigación con lentes de género.....	129
Itinerario metodológico. Dibujando la travesía.....	137
Unidades de análisis. Las informantes claves. Criterios de selección.....	137
Recolectando la información.	138
Sistematización, Categorización y Análisis de los discursos.....	142

CAPÍTULO 5**CLIMATERIO. UNA MIRADA DESDE EL GÉNERO.**

Climaterio Como Enfermedad.....	146
Climaterio. ¿Fin de la sexualidad?	213

CAPÍTULO 6**SE CIERRA EL TELÓN.**

Las recomendaciones necesarias. Los desafíos impostergables.....	241
--	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	246
--	------------

DEDICATORIA

A la memoria de mi padre, Nicolás Segundo Lamedá Tovar (1915-2013) quien me guió por el camino de la superación personal permanente, superación puesta al servicio de quienes la necesitan.

A mi madre, María Gregoria Márquez, por sus enseñanzas y amor por las cosas sencillas. A mi hermana y mis hermanos quienes siempre me animaron a seguir por la senda de la superación personal.

A mis hijas Marba Elena, Newmar Carolina, Angélica Coromoto, y mi hijo Newton Ricardo; a mi nieto Adrian Manuel y mi nieta Camila Victoria, semillas que han encontrado en este país maravillosa tierra fértil para su crecimiento y desarrollo. A mi nieto Juan Pablo, pronto a nacer y llenar de alegría a todos y todas.

A mi esposa, Soraima Coromoto, por su comprensión y amor infinito.

A Juana Alegría, Esperanza Victoria, Mayra Alegría y María Esperanza, nombres escogidos para representar el nombre de cuatro mujeres con quienes compartí sus subjetividades a través de una fiesta de palabras que hicieron posible el desarrollo de esta Tesis Doctoral cuyos frutos ya los he puesto a la disposición de quienes me acompañan en la Consulta de Climaterio y Menopausia que ahora está en capacidad de atender a mujeres en climaterio y su grupo familiar.

AGRADECIMIENTOS

Esta Tesis Doctoral no habría llegado a feliz término sin la colaboración de quienes aparecen a continuación, a todos/as y a cada una/o de ellos mi eterno agradecimiento.

A la **Doctora María Cristina González Moreno**, mi amiga y tutora, por abrirme el camino y guiarme por el sendero de la Teoría Crítica Feminista, por haberme facilitado su amplia biblioteca virtual sobre Género, por haber compartido su tiempo y su espacio para entablar amplias y fructíferas discusiones que me permitieron llegar a feliz término la travesía para la construcción de esta Tesis Doctoral. María Cristina es la responsable, en buena medida, de mi interés por la teoría crítica feminista, de la adquisición de una mirada más humana hacia las mujeres y su climaterio. Una mirada que combina el origen biológico de ese acontecimiento con la influencia de la sociocultura. Una mirada que visibiliza las marcas ideológicas que sustentan la subordinación, la exclusión y la marginación de las mujeres en una sociedad androcéntrica que pregona la heterosexualidad como norma y la maternidad como destino.

A los **Profesores y Profesoras** responsables de los diferentes seminarios con quienes desarrollé diálogos de saberes que me permitieron construir las bases sobre las que edifiqué mi Tesis Doctoral.

A mis **Compañeras y Compañeros del doctorado** provenientes de diferentes espacios académicos, por compartir sus conocimientos que me hicieron más fácil el camino a recorrer.

A **Aleska Landaeta**, por su constante apoyo a lo largo de todo el proceso de formación doctoral hasta la presentación y defensa de la Tesis.

A LeydaMontero, Lisbeth Vargas, Marianela Loyo, Silvina Ascanio, NeomarPetit, Wilnelia Martínez, Carlos Jurado, Claudia Petit y Karen Fuentes por su oportuna ayuda en momentos difíciles.

A **Doctora Enza Capozzi** por su valiosa colaboración y ayuda en la realización de la tesis.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD**



**CLIMATERIO. REPRESENTACIONES SOCIALES. UNA MIRADA DESDE
EL GÉNERO**

Autor: Newton Lamedá Márquez.

Tutora: Dra. María Cristina González.

RESUMEN

El norte que orienta esta Tesis Doctoral va tras lo simbólico construido en torno al Climaterio y todas las huellas sedimentadas en el imaginario como expresión de un discurso disyuntivo por excelencia. Serastrearon las representaciones sociales entendidas como un tipo de conocimiento socialmente construido que se expresa en modos de pensar y actuar, como expresión, por un lado, de una ciencia médica androcéntrica que expropió a las mujeres de su propio cuerpo y por ende de todas las circunstancias sociales, históricas, culturales y políticas. Por otro lado, como expresión de la tradición judeocristiana que ha considerado a las mujeres como cuerpos destinados para la reproducción. Aproximarnos al discurso de las mujeres entrevistadas e interpretarlo, exigió adentrarnos en el modelo biomédico, morbicentrista, homogeneizador, excluyente y mercantilista, y además profundizar en las Sagradas Escrituras y su conceptualización de las mujeres. La mirada epistémica la asumimos desde la teoría crítica feminista y su consideración del género. Asumimos la investigación cualitativa y empleamos la entrevista en profundidad para la recolección de la información. En total se realizaron doce entrevistas a cuatro mujeres mayores de cuarenta años y menores de sesenta, dos en etapa premenopáusica y dos en postmenopausia, dos con estudios a nivel de bachillerato y dos con estudios universitarios, que asisten a la Consulta de Climaterio y Menopausia, dependiente de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo. La consulta se desarrolla en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" perteneciente al Distrito Sanitario Eje La Costa del Estado Carabobo. **Resultados:** Se encontraron dos representaciones: la primera de ellas, Climaterio Como Enfermedad. La segunda, Climaterio y Sexualidad. Ambas asociadas al cese de la menstruación y de la función reproductora como componentes de la identidad femenina. En estas representaciones se manifiestan las marcas ideológicas de la tradición judeocristiana y de la filosofía platónica y aristotélica, principalmente.

Palabras Clave: Climaterio, Representaciones Sociales, Género, Perspectiva de género.

LO VIVIDO. DESANDANDO CAMINOS.

Al iniciar esta travesía debo reconocer los aportes de dos mujeres extraordinarias: Welkis Ramos y Haydee Páez, profesoras de la Universidad de Carabobo, con quienes tuve el placer de compartir largas reflexiones sobre el ejercicio del poder. Entrar en contacto con toda una serie de autores y autoras dentro de otras perspectivas de pensamiento, fue un interesante ejercicio para comenzar a redefinir mis posturas lineales y dicotómicas sobre el ejercicio médico. Las reflexiones del Dr. Gerónimo Sosa, fueron acicate para revolucionar mi monolítico pensamiento.

Abordar el climaterio y la menopausia como tema a hilvanar y deshilvanar en la tesis doctoral que hoy presento a la consideración, ha significado para mí un gran reto. Como gineco obstetra con 29 años de vida profesional me pareció una travesía que fácilmente podía ser abordada con mis lentes de médico formado dentro del paradigma lógico positivista.

Puedo señalar varios momentos vividos en este proceso de construcción del conocimiento. Un primer momento que pudiera llamar de falsas ilusiones, el cual estuvo marcado por grandes inquietudes académicas. Al ser un tema conocido y de gran dominio médico, sentía que la tesis la tenía bajo control amén de la experticia que tenía sobre el tema. Debo señalar que estas supuestas claridades se vieron empañadas por esa visión monista que no permitía trascender a otro plano epistémico: la mirada desde la perspectiva de género.

Mirada que no tenía piso, que debía construirse. Las seguridades se convirtieron en incertidumbres. Lo que significó en un primer momento un terreno de fácil acceso, comenzó a complejizarse y por ende a generar en mis nuevas inquietudes. Tuve la opción de olvidarme del abordaje género sensitivo, más sin embargo, sentí que el salto cualitativo tenía que ser dado a pesar de mi ginopía y de las voces agoreras que trataron de desestimularme.

Luego de este fuerte sacudón, tuve que adentrarme en la perspectiva de género. Mi tutora jugó en este momento un papel fundamental. Largas y acaloradas discusiones fueron abriéndome los caminos para asumir el climaterio desde otra perspectiva. Toda una biblioteca a mi disposición para hurgar por senderos hasta ahora desconocidos por mí, represento un gran desafío.

Sin lugar a dudas, puedo asegurar que el mayor impacto de la tesis se ha producido en mí. Un segundo momento doloroso y de profundas reflexiones fue el ingrediente para provocar un cambio de conciencia. Darme cuenta que durante todos estos años de ejercicio profesional, no hice otra cosa que afinar la relación saber-poder- sumisión fue un aterrizaje doloroso. Mi lema fue: “el medico soy yo”, y como tal, era yo quien tenía la primera y última palabra. Una relación de poder que supe reproducir a cabalidad como expresión de unas representaciones sociales muy bien sedimentadas en mi imaginario.

La formación académica recibida, fundamentada en una racionalidad tecno científica sedimentó una manera de pensar, hacer y sentir eminentemente biologicista, morbicentrista, excluyente y parcelada. Debo reconocer la postura misógina que acompañó mi hacer profesional durante tantos años. Uso el verbo en pasado pues existe un antes y un después en la vida personal y profesional de Newton Lameda. Momento doloroso que permitió mi propia transmutación. Muchos fueron los episodios vividos, las palabras pronunciadas, los errores cometidos. Se agolpan en mi mente rostros de mujeres asustadizas, silenciosas, llorosas. “señora, bájese de la camilla y regrese cuando se bañe, porque yo no soy veterinario”. Esas palabras retumban hoy en mi mente. Tanta violencia, tanta misoginia inconsciente, se convirtieron en conciencia gracias al haberme sumergido en la búsqueda y deconstrucción del pensamiento patriarcal. Interminables horas de lectura y reflexión fueron transformando mi ser, mi hacer, mi conocer y mi convivir. Este ha sido el gran aporte que la tesis doctoral ha generado.

Como ginecólogo del departamento de gineco obstetricia del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” y docente del Departamento Clínico Integral de La Costa de la Universidad de Carabobo, el abordar el climaterio como tema de tesis doctoral; ha sido una excelente oportunidad para ir desmontando el modelo biomédico. Una tarea nada fácil más no imposible. Mi hacer se ha visto impactado positivamente. Las reflexiones con los estudiantes de post grado a mi cargo en el hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello han estado modelando cambios en la atención hacia las mujeres que asisten a la consulta de climaterio. Escucho muy a menudo expresiones como esta: “doctor usted no es ni la sombra de lo que era”. Esto me reconforta y anima a seguir haciendo cambios en mi vida. Haberme sumergido en la perspectiva de género ha sido para mí un gran paso en la toma de otra conciencia. Todavía queda mucho por aprehender. Dentro de mis planes futuros está el profundizar la formación genero sensitiva.

Finalmente, un último momento el cual me permitió compartir con las mujeres que accedieron a participar en la pesquisa sus intimidades. Dialogar con las mujeres llenó completamente mi emocionalidad de profundas positividades. El intercambio discursivo se convirtió en una real fiesta de palabras. Confesiones, miedos, dudas, sueños, inseguridades, todo fluyo en perfecta simbiosis dialógica, a partir de allí, las incertidumbres se transformaron en nuevas incertidumbres, en luz, en esperanza. En este punto del camino, sigo repensándome, sigo reconstruyendo la vida, los caminos y modelando nuevas sensibilidades que tengan como norte la equidad de género.

CAPÍTULO 1

ACLARANDO EL CAMINO.

EL HORIZONTE POSIBLE.

El propósito que anima esta producción doctoral está centrado en rastrear, desde una mirada de género, las representaciones sociales que sobre el climaterio y la menopausia construyen mujeres que asisten a la Consulta de Climaterio y Menopausia en el hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello, con la intención de precisar lo simbólico construido durante las dos etapas que conforman el climaterio: durante la pre y la post menopausia fisiológicas. Momentos de gran importancia en la vida de las mujeres, los cuales necesitan ser rescatados del dominio exclusivo de la mirada biomédica donde han sido construidos desde lo patológico ignorándose por completo las subjetividades que circulan alrededor de esta circunstancia y que de una u otra manera impactan la calidad de vida y salud de las mujeres.

Esta mirada nos ha permitido, por una parte, incidir en la atención que se ofrece a las mujeres que asisten a la consulta. Por otra parte, aportar ideas que contribuyan a mejorar, cada día más, la orientación que ha tenido la consulta y su impacto en la formación de estudiantes de pregrado, postgrado y actualmente médicos y médicas integrales comunitarios, a fin de incorporar otras miradas más integrales e integradoras en el proceso de construcción en torno al tema en referencia, donde podamos ir construyendo un piso teórico-conceptual que tome distancia de la mirada eminentemente bióloga, homogeneizadora, centrada en la enfermedad, en la cual no se toman en cuenta las diferencias intra e intergenéricas existentes entre las mujeres como constituyentes de conglomerados sociales heterogéneos.

La homogeneización no ha permitido abordar aspectos subjetivos de las mujeres respecto al climaterio y la menopausia. Esta compactación del sentido ha influenciado y condicionado los modelos de atención y gestión de los programas de salud destinados a las mujeres. En efecto, esta visión ha devenido en unas políticas de

salud a espaldas de las realidades vividas por las mujeres. Una atención fragmentada con evidentes rasgos sexistas. Ceguera de género responsable de una atención absolutamente morbicentrista donde no se toman en cuenta las diferencias de clase, territorio social, cultura, etc. Las mujeres son vistas fundamentalmente desde el punto de vista reproductivo exclusivamente.

APOSTANDO AL FUTURO.

El impacto de cualquier investigación viene dado por los problemas que dicha investigación pueda ayudar a resolver. En tal sentido, pretendo que los resultados de esta tesis doctoral se traduzcan en aportes donde se visibilicen las inequidades en el sector salud en relación a las mujeres en un momento crucial de sus vidas como lo es el climaterio.

Anhelo que las mujeres dejen de ser vistas como lo otro, defectuosas, incompletas, incapaces de elaborar conceptos, que necesitan ser pensadas y heterodesignadas. Sueño con que las mujeres dejen de ser miradas a través del lente androcéntrico, donde los hombres constituyen la norma bajo la cual todos los procesos naturales relacionados con la salud han sido homogeneizados por el poder médico, obviándose aspectos fundamentales como la clase social, el territorio, el ciclo de vida, el ámbito cultural, etc.

Por lo antes expuesto, anhelo poder lograr impactar los espacios de atención y gestión en salud incorporando cambios significativos que posibiliten una atención diferenciada y humanizada bajo otros paradigmas. Me refiero fundamentalmente al rescate de una subjetividad que por cientos de años ha sido totalmente excluida especialmente en los espacios del sector salud, como expresión de la hegemonía del modelo biologicista

En este sentido, pretendo ir hacia el rescate de lo subjetivo construido desde las propias mujeres, en relación al Climaterio. Es necesario rastrear las representaciones sociales para ir al encuentro de la vida desde la vida vivida por ellas. Por supuesto, tomando como piso epistémico la perspectiva de género que no es más que la toma de conciencia sobre las relaciones entre hombres y mujeres marcadas por un ejercicio desigual del poder. Asimetrías que han sido responsables de la invisibilización de las mujeres y de la división sexual y social del trabajo.

Adicionalmente, intento a través de esta mirada investigativa, aportar elementos fundamentales inherentes a la problematización desde el género y el discurso sobre el climaterio; a fin de propiciar ideas que permitan mirar el diseño curricular de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo que apunten a una visión más humana de la mujer, su cuerpo y sus naturales contingencias.

Al abordar el estudio del climaterio y la menopausia desde las representaciones sociales, con una mirada género sensitiva, esperamos contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población femenina, en la medida que se puedan hacer intervenciones que lleguen al fondo del problema, visibilizando sus más profundas vivencias, sus voces silenciadas por años de sumisión y exclusión. El climaterio y la menopausia como problema de salud pública, debe ser abordado desde una perspectiva más integral e integradora, enfocando su mirada desde la complejidad, donde la realidad biológica y la realidad socio-cultural sean vistas como un todo integrado e integrador. Al respecto Morín plantea: “Si tenemos sentido de complejidad, tenemos sentido de solidaridad. Más aún, tenemos sentido del carácter multidimensional de toda realidad” (1998:100)

Al estudiar el climaterio desde las representaciones sociales con visión de género, se toma distancia de la visión positivista quién considera a esa sociedad regida por leyes naturales invariables las cuales afectan el funcionamiento de la vida

social, económica, política y cultural de los individuos y grupos de individuos, entre los cuales se encuentran, por supuesto, la naturalización y homogeneización de la vida de las mujeres.

Es evidente que al ponerse en práctica esta visión comtiana de la sociedad gobernada por leyes invariables, se condenaba y se condena a las mujeres a permanecer eternamente marginadas, explotadas, sin posibilidades de movilidad social por cuanto la posición de ellas en la sociedad estaría previamente determinada. Esta visión esencialista es responsable de la cosificación del cuerpo de la mujer, la eterna heterodesignada, lo otro.

CAPÍTULO 2

HURGANDO EN LOS RECODOS DE LA HISTORIA.

“No pretendo que las mujeres tengan poder sobre los hombres sino poder sobre sí mismas”

Simone De Beauvoir(2002)

EL CUERPO DE LAS MUJERES. TERRITORIO OCUPADO.

Emprender la búsqueda en torno al cuerpo de las mujeres, nos lleva necesariamente a rastrear los sellos ideológicos que han marcado la construcción social de la mujer. Para iniciar este rastreo arqueológico partimos del discurso judeocristiano expresado en la Sagrada Biblia y más específicamente en su primer libro, el Génesis. En este libro, podemos encontrar en buena medida, explicación más no justificación a la posición de dominio de los hombres y de subordinación e invisibilización de las mujeres y dominio sobre su cuerpo a lo largo de los siglos. En Génesis 2:7 se afirma que: “Dios creó al hombre del polvo de la tierra”, más adelante en 2:21 encontramos que: “Entonces Jehová Dios hizo caer sueño profundo sobre Adán, y mientras éste dormía, tomó una de sus costillas, y cerró la carne en su lugar”. En otro versículo Génesis 2:22 plantea que: “Y de la costilla que Jehová Dios tomó del hombre hizo una mujer y la trajo al hombre”. Y como si la mujer fuese una cosa encontramos, Génesis 2:23:Dijo entonces Adán: Esto es ahora hueso de mis huesos y carne de mi carne.

El principio argumental del sentido de autoridad derivado de las llamadas sagradas escrituras, ha sido tomado a lo largo de la historia como justificación para considerar a las mujeres como seres de segunda categoría, como copia defectuosa del varón, por lo cual, deben ocupar una posición de subordinación respecto a los hombres en todos los niveles. Santo Tomás, uno de los hombres más influyente en la cultura cristiana, citado por De Beauvoir (1949:13) expresaba “la mujer es un hombre frustrado, un ser ocasional”, y para ahondar en el carácter misógino del referido santo encontramos lo siguiente “Eliminad a las mujeres públicas de la sociedad, y el

libertinaje la turbará con toda clase de desórdenes. Las prostitutas son en una ciudad lo que la cloaca en un palacio: suprimid la cloaca, y el palacio se convertirá en un lugar sucio e infecto” citado por De Beauvoir (1949:130). Expresiones similares en cuanto al grado de desprecio hacia las mujeres las encontramos en San Agustín (354-430) quien afirma que “la mujer es una bestia que no es firme ni estable; es rencorosa ante la confusión de su marido, se nutre de la maldad y es comienzo de todos los pleitos y justas y camino de toda iniquidad” citado por De Beauvoir (1949:128).

Otro elemento que ha contribuido al dominio de los hombres sobre las mujeres se refiere a la culpa por el pecado original que de acuerdo a las sagradas escrituras recae sobre las mujeres, tal como lo demuestran los siguientes versículos: Génesis 3:6 “Y vio la mujer que el árbol era bueno para comer, y que era agradable a los ojos, y árbol codiciable para alcanzar la sabiduría; y tomó de su fruto, y comió y dio también a su marido, el cual comió así como ella”. Y Como consecuencia del pecado cometido, Dios impone el castigo a las mujeres en: Génesis 3:16 “Multiplicaré en gran manera los dolores en tus preñeces; con dolor darás a luz los hijos; y tu deseo será para tu marido, y él se enseñoreará de ti”.

Por otra parte, el sentido de culpabilidad ante hechos cometidos por el hombre, son atribuidos y endilgados a la mujer, como por ejemplo la desobediencia al mandato divino no fue del hombre (Adán), sino de la mujer (Eva). Así mismo, los hombres por mandato divino, deberán hacerse señores y dueños de las mujeres, es decir, que ellas pasarán a ser propiedad de los hombres. Teniendo como base el libro de Génesis, López (1998) establece tres estadios evolutivos de las mujeres: al primero lo ha denominado el de la “Eva Delincuente” que se extiende desde el momento de la creación hasta nuestros días, marcados estos momentos por los movimientos de liberación femenina. Este período se caracteriza por la mujer paradigmática descrita en el Génesis, es decir, una mujer sumisa que se deja robar su capacidad reproductora por parte de un dios masculino, pecadora, culpable de que

el hombre haya cometido el pecado y en consecuencia, culpable de la pérdida eterna del paraíso terrenal. Acusada de aliarse y conspirar con el demonio con el transcurrir de los tiempos convertida en mujer objeto, heterodesignada, lo otro.

El segundo período, que se corresponde con la actualidad, es llamado por el autor la Eva Confundida, que se caracteriza porque las mujeres intentan alcanzar la liberación, la superación, y la identidad perdida, mediante la imitación de ciertas características idealizadas de los hombres tales como el poder político, la libertad y el derecho a su sexualidad creadora del “hombre confundido”, del “hombre suave”, definido por López como “una especie de hombre bisexual observado cada vez con más frecuencia” (1998). Finalmente el autor establece un tercer período en la evolución de las mujeres al cual define como la Eva Reivindicadora, que de acuerdo a él se alcanzará cuando las mujeres después de un largo proceso de búsqueda en su propio interior, después de dejar de lado su actitud imitadora de la exterioridad masculina, alcancen su propia identidad y en consecuencia su liberación y autonomía que en su opinión nunca ha existido.

Regresando a las sagradas escrituras encontramos que el castigo impuesto a la mujer una vez más se acentúa y ahora se relaciona con el producto concebido, lo observamos en Levítico 12:2 y 12:4 donde se expresa que en caso de concebir un varón, la mujer será inmunda siete días y deberá permanecer purificándose treinta y tres días, lo cual se duplica si el producto concebido es hembra, Levítico 12:5. De lo anteriormente expuesto podemos sacar como conclusión tres aspectos en relación a la mujer: pecadoras, incitadoras al pecado e impuras además copias defectuosas del hombre y sometidas a la autoridad de éste.

Esta posición de las escrituras, vino a ser reforzada por figuras prominentes de la filosofía griega como Pitágoras (570-489 a. C), quien expresaba “Hay un principio bueno que ha creado el orden, la luz y el hombre, y un principio malo que ha creado el caos, las tinieblas y la mujer” citado por (De Beauvoir 1949, p. 7); Platón (427-

348 a. C) sostenía que “en las mujeres, lo que se denomina matriz o útero es algo así como un ser vivo poseído por el deseo de engendrar” Thomasset (1992:66). A decir de González (2008a) Platón adjudicaba la función doméstica como propia de la naturaleza de las mujeres, mientras que a los hombres les asignaba la generación de la especie. Por otro lado, Aristóteles (384 a 322 a. C) mantenía que “la mujer es física, moral y mentalmente inferior al hombre y la asociaba a la imperfección, la oscuridad y el mal” citado por Jagoe (1998:25).

La posición de Aristóteles, de considerar a las mujeres como seres inferiores iba acompañada del señalamiento de que deberían permanecer en el hogar cumpliendo funciones propias del sexo femenino, lo cual dio origen a la división de los espacios en público y privado y a la división sexual y social del trabajo, cuestión que todavía sigue regulando las actividades entre mujeres y hombres. Para Aristóteles y sus seguidores, la casa constituye la unidad política y económica, un espacio cerrado y custodiado donde las mujeres desarrollan actividades de conservación y administración de lo que los hombres producen en el espacio público.

La casa viene a ser el lugar donde las mujeres deben desarrollar sus funciones de esposas y madres abnegadas, sometidas a la autoridad de los hombres, los cuales se constituyen en los responsables de las personas que en ella habitan y además propietarios de los bienes. Para Vecchio la casa “no constituye para la mujer sólo el ámbito en que se desarrolla su trabajo; antes que espacio económico es espacio moral....estar en casa quiere decir estar protegida de los peligros, pero también manifestar virtudes más idóneas para la tranquilidad del marido: fidelidad, continencia, pudor, vergüenza,.... Incapaz de administrarse, necesita de la custodia y de la guía moral del marido...” (1992:157).

La postura misógina de Pitágoras, Platón y Aristóteles fue una continuación de las ideas de los presocráticos (Tales de Mileto, Pitágoras, Demócrito, Anaxágoras, y

Parménides, quienes vivieron entre el siglo VI y V a. C) y continuada por Hipócrates (460-377 a. C) y Claudio Galeno (131- 201 d. C). Estos filósofos consideraban al cuerpo de las mujeres como incompleto, teniendo como única función el contener el semen destinado a la procreación. En el mismo orden de ideas Tomás de Aquino expresaba "...fue necesario crear a la hembra como compañera del hombre; pero compañera en la única tarea de la procreación....., y a ella sólo la necesita para ayudarle en la procreación" citado por Opitz (1992:345). De acuerdo a estas visiones las mujeres deberían permanecer en el hogar cumpliendo la función dar numerosos hijos a su marido al cual, por lo demás, deberían ser fieles. En Roma, Galeno médico del Emperador Marco Aurelio, consideró a las mujeres como incapaces e imperfectas y las comparaba con los esclavos y las bestias, González (2008a). La situación de inferioridad de las mujeres, desde la filosofía y desde la religión llegó a ser tan extrema que llegaron a ser consideradas incapaces para educar a hijos e hijas, asignándoseles la función de vigilar la conducta de las hijas con la finalidad de cuidar el cuerpo femenino, de controlar la sexualidad de éstas y de esta manera evitar la pérdida del valor fundamental de ese cuerpo: la castidad.

La situación de inferioridad de las mujeres se complicaba aún más por la posición de quienes detentaban el poder afirmaban que las mujeres no tenían derecho a leer, a escribir, hablar en público, privándoselas de la posibilidad de acceder al poder político, jurídico y económico, manteniéndoselas enclaustradas.

En este sentido, San Pablo en la Primera Carta a Los Corintios escribe "Las mujeres callen en las iglesias, porque no les es permitido hablar allí, sino que deben estar sumisas, como lo dice también la Ley. Si desean instruirse en algún punto, pregúntenselo cuando estén en casa a sus maridos. Pues es cosa indecente hablar en la iglesia (I Cor, 14, 34-35). En carta a Timoteo escribe "Las mujeres escuchen en silencio las instrucciones [de los hombres] en entera sumisión. Pues no permito a la mujer hacer de doctora, ni tomar autoridad sobre el marido, estese callada ya que

Adán fue formado primero, y después Eva. (I Tim, 2, 11- 13). En carta a Tito, (Tit, 2, 4-5) San Pablo refiriéndose a las enseñanzas que deben desarrollar las ancianas respecto a las mujeres jóvenes para que cumplan como esposas y como madres manifiesta: “Enseñando el pudor a las jóvenes, a que amen a sus maridos y a cuidar de sus hijos, a que sean honestas, castas, sobrias, cuidadosas de la casa, apacibles, sujetas a sus maridos, para que no hablen mal de la palabra de Dios” La Sagrada Biblia (1976). Por su parte Felipe de Novara, citado por Casagrande escribe “La mujer no debe aprender ni a leer ni a escribir, sino a convertirse en monja, porque muchos son los males que han derivado del leer y escribir de las mujeres” (1992:127). Por su parte Duby y Perrot ante la difícil situación de comunicación y participación de las mujeres en los hechos sociales escriben:

Pero la audición directa de su voz depende del acceso de las mujeres a los medios de expresión: el gesto, la palabra, la escritura. Cuestión de alfabetización, sin duda, que por lo general va detrás de los hombres.... cuestión de penetración en un dominio sagrado y siempre marcado por las fronteras fluctuantes de lo permitido, lo prohibido.... La voz de las mujeres crece con el paso del tiempo, sobre todo en los dos últimos siglos, debido principalmente al impulso feminista” (1993:10-11)

Queda bien claro que filosofía y religión fueron determinantes para la construcción, propagación y mantenimiento de las representaciones que consideran a las mujeres como seres inferiores física y mentalmente, naturalmente destinadas a ser dominadas por los hombres y mantenidas dentro del hogar o en su defecto, dentro de los conventos con la finalidad de salvar sus almas. El cuerpo era considerado como el terreno donde el pecado había tomado su lugar y su origen. Es a partir del pecado, incitado por Eva, que se origina el dolor, el sufrimiento y la muerte, en consecuencia, el cuerpo debía ser lacerado y castigado. A esta concepción del cuerpo como origen del pecado y del mal, la iglesia va a oponer una concepción optimista del cuerpo

representada en el cuerpo armonioso de Adán y Eva antes de la caída. “El universo paradisiaco es el dominio por excelencia del cuerpo inocente, exento de todo deseo sexual...” Jaques Gélis (2005:28).

A los cuerpos despreciados de pecadores/as, se le agregan los cuerpos femeninos a los que es necesario tenerles desprecio y miedo por ser incitadoras al pecado y a la perdición, a estos se les contraponen cuerpos sanos y agradables como los de Adán y Eva antes del pecado original. Un nuevo cuerpo entrará en escena, el Cuerpo de Cristo en sus diferentes representaciones. Cuerpo magnífico, puro, hijo de Dios hecho hombre; cuerpo martirizado, lacerado; cuerpo glorioso de La Resurrección, cuerpo que además estará acompañado por cuerpos de santos torturados y auto torturados en cumplimiento de la misión de interceder por aquellos cuerpos pecadores, guiados además por la firme esperanza de alcanzar la purificación de la carne y del alma, elementos que les facilitarían aproximarse al Cristo Redentor y fusionar sus cuerpos con los de Él. Claros ejemplos de esos cuerpos sometidos a la ascesis alimentaria, en ocasiones abandonados a los rigores de la naturaleza son Juan de la Cruz, Ignacio de Loyola, San Jerónimo, San Antonio, San Nicolás, Catalina de Siena, y Teresa de Ávila. Para estos hombres y estas mujeres y sus seguidores/seguidoras, el cuerpo únicamente se glorifica en la medida en que pasa a formar parte de otro cuerpo: el cuerpo-oración, la comunidad de los fieles, la Iglesia que es cuerpo de Cristo. Para Pellegrin al referirse a ese cuerpo expresa “Tristemente sexuado, pecador, destinado a la corrupción y manteniendo encadenada el alma, el cuerpo en el mejor de los casos puede ser un instrumento al servicio de la salvación, de la salvación personal y a la vez de la salvación comunitaria” (2005:114).

“A las visiones religiosas y filosóficas hay que agregarle la visión mitológica de esos cuerpos influenciados y dominados por fuerzas cósmicas y astrológicas, cuerpos que se creía eran invadidos por poderes mágicos que se apoderaban de la conciencia de esos seres y orientaban los deseos, las conductas y el equilibrio de los humores y la carne” Corbin, Courtine y Vigarello (Tomo I, 2005).

Esta visión del cuerpo humano cambió radicalmente a partir del siglo XVII, la iglesia y la filosofía pierden autoridad ante los conocimientos producidos por Copérnico (1473-1543), Galileo (1564-1642), Kepler (1571-1630) y Newton (1642-1727) quienes muestran una visión diferente del mundo. Ante los aportes de Andrés Vesalio (1515-1564) quien proporciona una visión diferente del cuerpo humano a partir de la práctica de disecciones, se comienza a delinear nuevas formas de corporeidad. El funcionamiento del cuerpo pasa a ser comparado con el funcionamiento de las máquinas. A partir de ese momento, se va imponiendo la idea de que la razón es la fuerza que guía la acción de los hombres y de las mujeres. El cuerpo, inicialmente existente en la medida que era gobernado por fuerzas extrañas, ahora existe pero gobernado por leyes físicas inmutables, aunque sigue persistiendo la influencia de la religión y de creencias en las que el cielo y sus habitantes tienen particular importancia en el sentido de orientar las conductas e imponer los castigos a un cuerpo pecador que debe ser purificado mediante el uso de sangrías, eméticos, purgantes y enemas capaces de hacer expulsar el pecado de un cuerpo que posee partes nobles y partes que causan vergüenza.

Persiste la influencia religiosa y de creencias observables ante la presencia de monstruosidades (malformaciones fetales) humanas y de fenómenos de la naturaleza. Se apela a explicaciones donde la causa es la acción de fuerzas malignas o castigos del cielo. Contra esa visión pesimista del cuerpo humano aparece una visión optimista que propugna que ese cuerpo lejos de ser un lugar de perdición, puede ser, por el contrario, un espacio para alcanzar la plenitud, la liberación, el disfrute. Dos visiones se contraponen, por un lado la posición de la iglesia y por otro lado la ética protestante que, en opinión de Gélis plantea que “lo importante es dar a aquel o aquella que se encuentra en situación crítica los medios para no sucumbir ante las dificultades, vencer las angustias, no para abandonar la partida, sino, al contrario, para aprender a dominarse y así superarse” (2005:107).

Nuevos cambios se avecinan, en Europa se desarrolló una visión del cuerpo y su sexualidad acorde con el orden social, el respeto por la religión y el crecimiento demográfico; se da importancia al afecto en las relaciones conyugales, la búsqueda del placer físico como expresión natural del cuerpo humano y como expresión de vínculos emocionales. Entre los siglos XV y XVII se asignaban identidades sexuales y sociales lícitas (normativa o toleradas) e ilícitas (desviadas o intolerables) a las personas de acuerdo a criterios flexibles que variaban según la clase social, la edad, el sexo, y las normas médicas y matrimoniales, por ejemplo, las relaciones sexuales entre hombres, sólo se toleraban si se daban entre jóvenes, por el contrario, las relaciones sexuales entre mujeres podían ser vista como una situación de “pobres hembras privadas de macho o como mujeres criminales que usurpaban los privilegios sociales inherentes a la identidad masculina” Matthews-Grieco (2005:169). El amor sentimental y el matrimonio alcanzan a estar reconciliados hasta finales del siglo XVIII cuando “una sociedad cada vez más burguesa, dotada de un fuerte sentido del pudor, empezó a relegar tanto el cuerpo como su sexualidad a la periferia de lo decoroso” Matthews-Grieco, (2005:167).

Aun cuando la sexualidad estaba legitimada para el matrimonio, la adolescencia no se consideraba un período de abstinencia sexual ni para mujeres ni para hombres a quienes se les justificaba la conducta sexual como respuesta al humor travieso de la juventud, al resentimiento de los jóvenes respecto a la autoridad, y a los impulsos sexuales indisciplinados de un cuerpo capaz de procrear. Situación que fue afrontada con la creación de asociaciones de jóvenes disciplinados capaces de controlar y orientar dichas conductas, enseñando valores propios, incorporando disciplina corporal destinados a mantener una pureza sexual y a facilitar una adecuada orientación sexual. En cuanto al futuro de la mujer en pareja, el cortejo se constituyó en unos de los pocos momentos en los que ella podía ejercer cierto poder y gozar de cierta autonomía, ya que se les confería un status y un papel de superioridad

en relación al pretendiente del que recibían sus súplicas y proposiciones, situación que no les era del todo favorables si tomamos en cuenta que no siempre estaban en capacidad de elegir al pretendiente sino que éste era elegido por el padre de la joven o el amo en el caso de esclavas.

La discriminación hacia las mujeres se hacía presente porque a los hombres se les permitía experimentar el placer sexual prenupcial mientras que a las mujeres se les obligaba a mantener su virginidad hasta el día de la boda. El matrimonio heterosexual constituyó entre los siglos XV al XVIII, el único espacio oficialmente autorizado de la sexualidad y el medio principal por el cual la iglesia, “tanto católica como protestante, intentó controlar la conciencia de los cristianos a través de la disciplina del cuerpo y sus deseos”. Matthews-Grieco (2005:180).

El lecho conyugal se constituyó en el terreno donde confluían varios intereses, por un lado *la Iglesia* con sus preceptos morales y religiosos- el acto sexual sólo para procrear todos los hijos que dios les daba, acto que además estaba prohibido durante los días de abstinencia. El *Estado* con sus prioridades demográficas y morales en el sentido de que la mujer tenía la obligación moral y religiosa de permitirle a su marido el acceso a su cuerpo, ya que de lo contrario sería culpable de las aventuras amorosas. *El estamento médico* sedimenta su poder prescribiendo la procreación responsable, el impedimento de la relación sexual durante la menstruación para evitar el nacimiento de fetos malformados, el orgasmo femenino necesario para la liberación del germen femenino que mezclado con el germen del varón formaba un hijo perfecto, la recomendación de realizar el acto sexual con la mujer boca arriba y el hombre sobre ella como única posición legitimada para una correcta procreación que evitaba el nacimiento de seres hermafroditas y además reproducía la jerarquía de los sexos que consideraba a la mujer con ente pasivo y al hombre como ente activo y por su puesto el interés de la pareja conyugal que debía tener en cuenta el concepto de castidad conyugal es decir que las relaciones sexuales entre marido y mujer debían ser

moderadas, controladas y tener como finalidad la procreación y no la lujuria que era considerada responsable del nacimiento de fetos malformados.

La consideración del acto sexual sólo para la procreación tiene su representación, en la actualidad, con relativa frecuencia en mujeres en climaterio que se sienten disminuidas porque han perdido su capacidad reproductora. Sentimiento que también es expresado por muchos hombres en pleno siglo XXI quienes califican a las mujeres en climaterio como viejas inservibles, representación asociada a la pérdida de la capacidad reproductora.

Las mujeres en franca situación de inferioridad al no estarles permitido el disfrute sexual, al estar convertidas en unas verdaderas máquinas reproductoras, a menos que sus esposos permitieran la puesta en práctica de maniobras para evitar el embarazo, estaban expuestas a los embarazos en serie, a la mortalidad materna elevada, al envejecimiento prematuro.

Hasta principios del siglo XVIII, el cuerpo humano era concebido como un instrumento moral, cuya sexualidad podía variar en función de la edad. Los límites entre las prácticas aprobadas y desaprobadas variaban en función de la edad, la clase social y el sexo, la conducta sexual durante la adolescencia era tolerada en la medida de su discreción y en la firme convicción de que sería totalmente heterosexual en la edad adulta y dirigida a la reproducción dentro del matrimonio, las conductas desviadas se podían tolerar en la medida de que se evitara el escándalo público y se mantuviera la discreción en los actos. Hacia finales del siglo XVIII esta situación de flexibilidad ante la sexualidad, y ante el cuerpo femenino cambió. Las mujeres pasaron de ser consideradas cuerpos imperfectos, copias del varón, a ser consideradas como un sexo propio, independiente del sexo masculino, en tal sentido Rousseau escribe en el Emilio:

la única cosa que sabemos con certeza es que todo lo que ellos [hombres y mujeres] tienen de común es de la especie, y que todo lo que tienen de diferente es del sexo... en lo que tienen de común son iguales; en lo que tienen de diferentes no son comparables... el uno debe ser activo y fuerte, el otro pasivo y débil... la mujer está hecha especialmente para complacer al hombre... si la mujer está hecha para complacer y para ser subyugada debe hacerse agradable ...” (1985:412).

Por otro lado la condición masculina se definía por la atracción exclusiva hacia las mujeres, la norma hetero sexual hacía su entrada triunfante, la cultura falocrática se instalaba.

A pesar de persistir la influencia de la iglesia, las actitudes y comportamientos de hombres y mujeres son conectados a la conciencia que pasa a ser estudiada por psicólogos y sociólogos con el fin de conseguir explicación a hechos y situaciones. Para Corbin, Courtine y Vigarello (2005), el mundo de las lógicas entra en escena mediante la lógica mecánica en el siglo XVII, y se continúa con la lógica energética en el siglo XVIII, y la lógica informacional en el siglo XX. El cuerpo se convierte en el intermedio, en la frontera entre lo individual y lo colectivo, es el centro donde se manifiesta la subjetividad y la intersubjetividad, es la encrucijada donde llegan las normas que tratan de reprimir la impulsividad del sujeto proponiéndole maneras de sentir, pensar, actuar, maneras de caminar, comer, vestir, dormir como niñas/niños, hombres/mujeres. Es la manera de colocar sobre esos cuerpos sexuados, improntas que los marcan y lo construyen día a día, fabricando necesidades y estereotipos.

El cuerpo-naturaleza es construido paulatinamente en cuerpo-cultura. Actitudes y comportamientos adquieren una significación totalmente diferente a medida que los seres humanos son influenciados por fuerzas sociales que tienden a modelar el cuerpo. Un cuerpo concebido como objeto de poder, en palabras de Foucault “... en nuestras sociedades, hay que situar los sistemas punitivos en cierta economía política

del cuerpo: incluso si no se apelan a castigos violentos o sangrientos, incluso cuando utilizan métodos suaves que encierran o corrigen, siempre es del cuerpo de que se trata... ” (2005:32) más adelante agrega “Se trata en cierto modo de una microfísica del poder que los aparatos e instituciones ponen en juego... Hay que admitir en suma que ese poder se ejerce más que se posee” (op. cit: 33), por su puesto en este ejercicio de poder siempre estará presente la dominación de los hombres sobre las mujeres.

En opinión de González (2009), muchos e importantes pensadores modernos continuaron la postura misógina que venía de la antigüedad. Hegel (1770-1831), por ejemplo, afirmaba que la mujer no accede al estatuto de la individualidad, porque para ello requiere un especial desarrollo de la autoconciencia, lo que no puede lograr y en consecuencia, está incapacitada para alcanzar el derecho a la apetencia y a la libertad. Schopenhauer (1778-1860) por su parte, alegaba que las mujeres al no estar capacitadas para plantear problemas de conciencia, son incapaces de trascender y abstraer. Al ser únicamente naturaleza, sólo cuentan con la astucia para poder esconder sus debilidades. Kierkegaard (1813-1855), aseveraba que la mujer es esencia idéntica a sí misma, es sólo gracia y naturaleza pura. Sartre (1905-1980) compara a la mujer con el ser en sí, que se caracteriza por ser compacto, idéntico a sí mismo, inerte, mera contingencia, lo fáctico, lo dado. Para Sartre lo femenino es construido como lo viscoso, lo dócil, es la revancha del ser en sí, que se traduce en coquetería femenina.

Tanto la visión religiosa, como filosófica, conformaron dos de las bases fundamentales del patriarcado, entendido por Molina (2003) como el estamento de poder que daría cuenta de las relaciones y entrecruzamientos del género con otras variables en las que se manifiestan relaciones de poder como la raza, la clase social, la etnia, la filiación política y religiosa. Para la autora, patriarcado y género están dotados de poder para designar espacios desde dos vertientes, la vertiente práctica en la que las mujeres son colocadas en lugares de inferioridad, de sumisión, y la

vertiente simbólica que permite, a los hombres, nombrar y valorar esos espacios asignados como lo femenino. Por supuesto, escogiendo e invistiendo de poder los espacios donde los hombres puedan controlar lo que por naturaleza consideran que les corresponde.

Para González (2010), el patriarcado constituye una concepción filosófica, en cuanto discurso, el cual naturaliza la inferioridad de las mujeres quienes conforman lo otro de la sociedad, y donde se institucionaliza la supremacía masculina. Podríamos agregar que el patriarcado constituye un sistema donde la mitad o más de la mitad de la población (las mujeres) es explotada por la otra mitad (los hombres) y en el que lo masculino es lo hegemónico, lo universal genérico, donde al nombrar la palabra hombre o varón se debe suponer que se está nombrando a las mujeres. La mujer pasa a ser lo otro, lo escondido, lo que no se nombra cuestión que es reproducida constantemente hasta por las propias mujeres.

De acuerdo a Friedrich Engels (1993), el patriarcado nace con la desaparición de la filiación femenina y el derecho hereditario materno los cuales vinieron aparejados con la acumulación de riqueza por parte de los hombres, es decir, con la aparición de la propiedad privada. En opinión de Engels, previo al patriarcado existió otro sistema de vida y de organización social. Este sistema fue estudiado y definido por Johann Jacob Bachofen (1815-1887) como derecho materno o ginecocracia en su obra *El derecho materno. Investigación sobre la ginecocracia del mundo antiguo, según su naturaleza religiosa y jurídica*, publicada en 1861, citado por Stella Georgoudi (1993); el núcleo del trabajo de Bachofen descansa sobre dos elementos básicos, el primero la supremacía, la superioridad de las mujeres sobre los hombres y el segundo la ascendencia materna asociada al derecho de sucesión limitado a las hijas. Para Bachofen el desarrollo de la ginecocracia pasó por dos etapas bien delimitadas, la primera de ellas definida como Hatärimus o hetairismo y se regía bajo la advocación de Afrodita, se caracterizaba porque las relaciones sexuales entre

mujeres y hombres no estaban sometidas a ninguna regla y los y las descendientes no reconocían a ningún padre; no existía posesiones ni derechos privados, el nomadismo era la regla y el matrimonio como tal no existía, la tierra era considerada como la madre universal.

La segunda etapa, de lo que posteriormente ha sido conocido como matriarcado, denominada por Bachofen como cerealero-conyugal estaba regida por una ley denominada derecho materno-conyugal. En esta etapa se dan los primeros pasos para la creación de dos instituciones que perduran, el matrimonio y la actividad agrícola con lo cual el nomadismo de la primera etapa va perdiendo importancia, según el propio autor. La agricultura se erige en modelo del matrimonio, la espiga y el grano de trigo en símbolos de la maternidad. La tierra, otrora madre universal exclusiva, ahora lo es en la medida que es labrada para dar sus frutos y comparte el privilegio de ser madre con la mujer que construye una unión exclusiva con un hombre al que debe permanecer fiel. Quien ejerce la autoridad y el liderazgo son las mujeres gracias a la identificación tierra-mujer como generadoras de vida y apoyadas en una visión mágico-religiosa de la existencia. Las madres se constituyen en las jefas indiscutibles de la familia y del Estado. Es la era del matriarcado positivo guiado por la diosa Deméter. El principio femenino domina al principio masculino.

Tierra-Mujer-Madre-Religión-Divinidad, la combinación perfecta para que las mujeres adquieran el poder y la autoridad que le son reconocidas. De acuerdo a Georgoudi “Si en el amanecer de la humanidad la mujer ha ejercido la mayor influencia sobre el sexo masculino, ello se debe precisamente a su innata inclinación por lo divino, lo sobrenatural, lo maravilloso, lo irracional, la base del matriarcado, en última instancia, es religiosa.” (1993:283). Esta religiosidad se manifiesta a través de las innumerables imágenes religiosas dedicadas a la Madre Tierra, la Pacha Mama de la que hablan los pueblos del sur de América y que en opinión de Bachofen tuvo su

asiento en Egipto, Grecia, Siria entre otros países de Europa, África y Asia donde se veneraban figuras matriarcales tales como Deméter, Atenea, Artemis, Hera.

“Los cambios que se dieron para que ocurriera el paso del matriarcado o ginecocracia al patriarcado fueron en primer lugar la acumulación de poder y riquezas por parte de los hombres y en segundo lugar, la abolición de la filiación femenina y el derecho hereditario materno” Engels (1993:53). Para Bachofen (citado por Georgoudi 1993), el acontecimiento principal fue la exclusión del principio materno en beneficio del principio paterno y el advenimiento del reino del padre y del derecho paterno. Los méritos de Bachofen en opinión de Engels son el haber identificado el matrimonio por grupos, la filiación materna y el derecho hereditario materno

En el patriarcado la misión de las mujeres, desde la concepción religiosa y el deber, desde la concepción del derecho, debería ser el matrimonio, la maternidad y la domesticidad, lo cual implica que las funciones se limitan a la esfera de la reproducción y al cuidado del esposo, hijas e hijos. Esta posición hacia las mujeres se complica porque, en opinión de la iglesia el disfrute sexual era pecaminoso, constituyéndose la mujer en objeto de uso para la reproducción, sin derecho alguno para el disfrute de su sexualidad y las decisiones que ello conlleva. En relación al necesario disfrute sexual por parte de las mujeres Hermoso escribe “La mujer del poderoso queda así sometida a una entrega sexual obligatoria...., el contacto sexual con su marido era un deber y estaba limitado exclusivamente a la procreación...., el disfrute sexual, el erotismo, la pasión, se reservaba para las esclavas, las hetairas...” (2010:73).

La nueva forma de comportarse la sociedad como terreno de funcionamiento del patriarcado, derivó en que las mujeres fueron obligadas a dedicarse a lo privado, lo doméstico, convirtiéndose el hogar en el espacio para la producción y la

reproducción, lo que perduró hasta la llegada de la Revolución Industrial (Siglo XVIII), cuando las mujeres salen al espacio público a buscar fuentes de trabajo.

Además de darse el paso de las mujeres hacia el espacio público, también se dio según Thomas Laqueur (1990), un cambio significativo, de percibir un sexo a percibir dos sexos. A partir de esa época habrá que considerar la existencia del sexo femenino y el sexo masculino. Dos sexos diferentes por naturaleza.

El cuerpo femenino, a partir de la revolución industrial, va a estar bajo la mirada escrutadora de los medios de comunicación e información, y de la industria farmacéutica en busca de la belleza perfecta, cuestión definida por Foucault (1979), como control-estimulación, y bajo la perspectiva patologizante y medicalizadora del gremio médico. La Revolución industrial no sólo vino acompañada de nuevas tecnologías materiales, sino además de tecnologías sociales que apuntaban hacia mejores formas de organizar y dirigir la conducta humana, tecnologías destinadas a acelerar la consecución de los más altos potenciales y aspiraciones de la humanidad. Las nociones de justicia, libertad, fraternidad, belleza espiritual y corporal se sentían al alcance de las manos, sin embargo, poco tiempo duraron estas nobles aspiraciones, la sujeción de las mujeres cambiaba de forma pero no de fondo, en tal sentido Eisler escribe:

Y si el control masculino sobre las mujeres ya no se podía basar en fundamentos irracionales como la desobediencia de Eva al Señor, ahora se vería justificado por nuevos dogmas científico-racionales que proclamaban que el dominio masculino era una ley biológica y/o social (1987:177).

Para Hermoso, “La dominación masculina, continuaba y continúa en el sistema patriarcal, cuyos orígenes se remontan al nacimiento de la propiedad privada hace aproximadamente entre cinco a diez mil años, posterior al

período neolítico” (2010:47). Este sistema se basa en el control y apropiación del cuerpo, la mente y el espíritu de las mujeres expresado en: el control sobre lo que las mujeres deben saber y expresar, de la sexualidad y la fertilidad, de los embarazos, partos y puerperios, del desarrollo de los cuerpos y sus apariencias, del climaterio, la menopausia y el envejecimiento. Este control llamado medicalización es definido por Rodríguez como:

Proceso a partir del cual el sujeto enfermo o no, deposita en el médico, la responsabilidad absoluta sobre el conocimiento, la prevención, el control de la enfermedad y las condiciones asociadas a ella, la rehabilitación y la toma de decisiones en el área de la salud (1996:83).

Nada se escapa a este control, acción en la cual cuenta con la estrecha colaboración de lo que Arroba (2012), denomina industria médica e industria de la cirugía cosmética. Los cambios de figura y de apariencia están a la orden del día, las mujeres son constantemente bombardeadas por mensajes subliminales y no subliminales a través de la radio, la televisión, y los medios impresos. La publicidad que se ejerce a través de estos medios promociona productos comerciales, actitudes, formas de vida e imágenes que orientan los deseos y construyen necesidades que las personas y en especial las mujeres buscan afanosamente. Entre los medios publicitarios vale destacar las publicaciones para ser leídas en la sala de espera de consultorios médicos, conformando una verdadera unión entre la publicidad, la industria farmacéutica, la tecnología puesta al servicio de la medicina y la medicina misma al servicio de intereses mercantilistas.

La belleza estereotipada a través de cuerpos delgados, jóvenes, hermosos responden a un patrón cultural creado en donde las mujeres y las modificaciones del cuerpo se corresponden con la representación de ellas como un objeto sexual, constituyéndose esta representación en la fuerza que mueve los cuerpos en la

búsqueda incesante de una juventud que niega u oculta el proceso de envejecimiento natural al cual estamos expuestos todos los seres vivientes y que se expresa con mayor intensidad en el cuerpo femenino durante la etapa del climaterio debido a la disminución progresiva de la función ovárica. La representación de las mujeres como objeto sexual es reafirmada por Juliet Mitchell al expresar "... a través de la historia las mujeres han sido tomadas como objetos sexuales, tanto en calidad de progenitoras como productoras" (1966:34).

A lo largo de toda esta trayectoria queda claro que el determinismo divino fue sustituido por un determinismo biológico, de esta manera la naturaleza pasa a constituirse en el elemento clave para explicar el origen, la evolución, el carácter de la conducta y las relaciones entre mujeres y hombres. La naturaleza moral, mental y física de las mujeres pasa a ser considerada el factor fundamental para que las mujeres puedan desarrollar su misión social, es decir, madre, esposa y ama de casa con todo lo que esto significaba

Las ideas de emancipación de las mujeres, de salir del enclaustramiento que significaba su dedicación a las labores domésticas no era compartida por todas las mujeres ilustradas, en tal sentido en 1857 Ángela Grassi, citada por Jagoe, Blanco y Enríquez (1998) escribe *La misión de la mujer* y expresa que "... algunas mentes exaltadas quisieron no ha mucho tremolar la bandera de la emancipación de la mujer, sacudir el tiránico yugo de sus opresores; más ¡ay! como esas plantas transportadas de un clima apacible a los helados témpanos del polo, inclinaron el tallo y se agostaron; como las imprudentes mariposas ufanas con sus nuevas galas, fueron a morir en las brillante llama que las deslumbra" y para exaltar más su compromiso con la situación de sumisión y subordinación de las mujeres a la autoridad y preponderancia de los hombres escribe "Elevemos nuestra imaginación a la altura de la suya: pero no pretendamos ser iguales en saber, porque entonces destruiremos la perfecta armonía de la creación... la mujer que comprenda bien la sublimidad de sus deberes, lejos de

deplorar su suerte, debe cumplir con orgullo su misión, que es la más bella, santa y noble de las misiones.

En el mismo orden de ideas Faustina Sáez de Melgaren 1866, citada por Jagoe, Blanco y Enríquez (1998), en *Deberes de la mujer* escribe “la mujer ha nacido para obedecer al hombre, no para ser su esclava, sino su compañera.... ah no seré yo quien clame por la emancipación de la mujer; no seré yo quien apoye con mi pluma la independencia del sexo.... bendita sea la autoridad marital que protege y ampara nuestra débil naturaleza... el someterse al imperio del marido no degrada, no rebaja ni abate el orgullo ni las atribuciones de la mujer, antes es una gloria...” más adelante al referirse a los deberes de la mujer para con los hijos en la niñez expresa “la mujer que ha recibido de Dios el don de la maternidad, deja de pertenecerse a sí misma, para consagrarse por entero a sus hijos, para consagrarse en cuerpo y alma al pequeño rebaño que le confía el señor”.

Contraria a la posición de Sáez de Melgar que propugnaba la permanencia de la mujer en el hogar cumpliendo su misión, Concepción Arenal, citada por Jagoe, Blanco y Enríquez (1998), escribe en 1869 *La mujer del porvenir*, en dicha obra Arenal se preocupa por la situación de la mujer en la familia y en la sociedad en base a cuál es su valor y el lugar que ocupa, quejándose de que las leyes civiles la consideran como menor aun estando casadas, y se pregunta ¿por qué le niegan muchos derechos que por lo demás son concedidos a los hombres? en tal sentido expresa:

Si la ley civil mira a la mujer como un ser inferior al hombre desde el punto de vista moral e intelectual ¿Por qué la ley criminal le impone iguales penas cuando delinque? ¿Por qué para el derecho es mirada como inferior al hombre, y ante el deber se la tiene por igual a él? ¿Por qué no se la mira como al niño que obra sin discernimiento, o cuando menos como menor?... es monstruoso lo que resulta entre la ley civil y la ley criminal, la una nos dice: “Eres

un ser imperfecto; no puedo concederte derechos” La otra “Te considero igual al hombre y te impongo los mismos deberes; si faltas a ellos, incurrirás en idéntica pena” (p:475).

Ante quienes proponían que la mujer no tenía la inteligencia suficiente y en consecuencia no estaba capacitada para realizar estudios académicos y por supuesto ejercer alguna profesión Arenal exponía que:

... el raciocinio y las observaciones hechas inducen a pensar que tiene inteligencia suficiente para el ejercicio de profesiones, artes y oficios que no se le permiten desempeñar... prohibiendo a la mujer que cultive y ejercite su entendimiento, se hace de ella un ser imperfecto... la mujer puede ejercer toda profesión u oficio que no exija mucha fuerza física (p.475).

Como partidaria de que la mujer podía y debía ocupar el espacio doméstico y el espacio público Arenal, expresaba que había perfecta compatibilidad entre la formación académica de la mujer y el cumplimiento de las actividades domésticas, que para los hijos es una ventaja el hecho de que la madre pueda desempeñar una profesión u oficio lucrativo, lo que hoy conocemos como independencia económica de las mujeres. Abogaba por todos los derechos civiles para la mujer, “Las grandes cuestiones se resuelven hoy a grandes altura intelectuales, y es necesario que la mujer pueda elevarse hasta allí para que no preponderen el egoísmo, la dureza y la frialdad...”

Adolfo Llanos y Alcaraz, citado por Jagoe, Blanco y Enríquez(1998), en su obra *La mujer en el siglo XIX: Hojas de un libro*, escrita en 1864 expresa “La mujer es un instrumento comprado, cambiado, adquirido por un músico en el bazar inmenso de la sociedad... la mujer será lo que debe ser, lo que su esposo quiera que sea”. El lenguaje y cultura misógina de Llanos y Alcaraz alcanza su clímax cuando al referirse a la mujer que no logra formar pareja expresa “He aquí lo que puede llamarse un mal engendro, aborto de la naturaleza, capricho de lucifer, la polilla más

grande de la sociedad”. Su actitud como escritor además de misógina es contradictoria porque refiriéndose al mismo tema de la mujer expresa que por naturaleza es un ser bueno pero que los avatares de la vida, la mala educación y la acción de los hombres la transforman en un ser malo, al referirse a ella escribe:

En todas sus aspiraciones se dirige intuitivamente al bien, que es su cualidad ingénita; al instinto de la maternidad, que es su misión en la tierra... en su inmensa mayoría se hallan cabezas vanas y corazones huecos: que amamos en ellas no más que el provecho que nos reportan y los fugaces encantos del rostro, porque más allá no hay nada...”(p.73).

Es de hacer notar que no a todas las mujeres se les asignaban cualidades para el ejercicio de su rol materno, en efecto Jagoe escribe “tanto las de clase obrera eran excluidas por su supuesta depravación y promiscuidad y por el abandono del hogar e hijos para dedicarse al trabajo extra-doméstico, como las de clase alta porque confían sus hijos e hijas a niñeras y se dedican al disfrute de la vida social” (1998:28). En opinión de Burin se construyó “una moral del mundo doméstico donde las emociones eran el amor, la generosidad, el altruismo, la entrega afectiva” (1996:71), el tiempo y el espacio de las mujeres será, a partir de ese momento, tiempo y espacio para otros, situación que es criticada por Emilia Pardo Bazán, citada por Jagoe, Blanco y Enríquez (1998), en su obra *Una opinión sobre la mujer*, escrita en 1892 donde expresa: “El error fundamental que vicia el criterio común respecto de la criatura del sexo femenino es el de atribuirle un destino de mera relación; de no considerarla en sí, ni por sí, ni para sí, sino en los otros, por los otros y para los otros” esto por su puesto en consideración a la naturalización de la actividad de las mujeres dentro del hogar como madres y esposas abnegadas.

Se irán configurando y asignando roles género-específicos que además ellas irán asumiendo como tales: rol de esposa, rol de madre y rol de ama de casa. Roles que persisten hasta los actuales momentos.

El cumplimiento de roles marcados por los ya conocidos estereotipos implica el ejercicio de una doble y en algunos casos triple jornada laboral lo cual indudablemente repercute en la salud de las mujeres y muy especialmente en la etapa de climaterio cuando sus condiciones físicas y mentales no son las mismas y las condiciones de su entorno también tienden a cambiar y aparecen nuevos/as actores/as tales como nietos/nietas, yernos y nueras, padre y madre se han envejecido y son las mujeres quienes deben proveerles el cuidado necesario (roles asignados y asumidos de madre, hija y abuela), todo lo cual significa que nuevamente deben ajustar su tiempo y su espacio para poder cumplir la función social que la familia y la sociedad en general esperan de ellas.

Para esta época, en la vida de las mujeres, aparecen dos nuevas situaciones que en muchos casos contribuyen a explicar, desde el punto de vista socio-cultural, las manifestaciones del área afectiva vistas en mujeres en climaterio, me refiero al síndrome del nido vacío observado cuando las mujeres se quedan sin pareja, o tienen el temor de quedarse solas cuando los/las hijos/as se alejan del hogar por diferentes causa; la otra situación es conocida como “el techo de cristal” visto en mujeres profesionales que alcanzan un determinado status del cual no pueden avanzar conduciéndolas a estados depresivos no explicables por la disminución o desaparición de la función ovárica, estas mujeres en muchos casos cumplen doble y triple jornada laboral que se conjugan con los naturales cambios asociados al climaterio para producir en muchas de ellas estados de angustia, depresión, agotamiento, disminución del deseo sexual.

En general las mujeres en climaterio no están preparadas para aceptar los cambios en sus cuerpos, por lo demás naturales, queriendo mantener una imagen corporal que responde a lo impuesto por la publicidad, a patrones culturales compartidos que refuerzan la idea de que los valores deben centrarse en la imagen

física, en la opinión que tienen los otro/as, y no en los valores espirituales duraderos y no sometidos a la inclemencia del tiempo. Al final, cuando la persona cae en cuenta de la realidad y se le agrega el estrés acumulado por el ejercicio de múltiples roles, se presentan desequilibrios emocionales que alteran la autoestima y conducen en muchos casos a la depresión, la irritabilidad, la ansiedad, los miedos, los temores, el insomnio, la disminución del deseo sexual. Todo lo cual es atribuido invariablemente al climaterio y a la menopausia, que si bien es cierto contribuyen a estas manifestaciones, necesario es aclarar que en muchos casos estos cuadros observados en estas mujeres son debidos en gran parte a la sobrecarga que significa la cantidad de roles culturalmente asignados y asumidos por las mujeres. Tanto en el espacio privado como esposa, madre, hija, abuela, nuera, suegra; como en el espacio público como obreras o profesionales.

EL CLIMATERIO. UNA MIRADA SOCIO-ANTROPOLÓGICA.

El climaterio (del griego Climáter: escalón o peldaño), debe ser considerado como una etapa de transición fisiológica de la fase reproductiva a la no reproductiva en la vida de las mujeres. Dicho de otra manera, las mujeres en climaterio pierden la capacidad de lograr un embarazo. Es necesario aclarar que el climaterio es un proceso fisiológico de transición en el cual las mujeres pasan un tercio de sus vidas aproximadamente y que los acontecimientos más importantes son la pérdida de la menstruación (menopausia), y la pérdida de la capacidad reproductora asociada a la declinación de la función ovárica tal como se menciona en apartes anteriores.

Por otro lado, el término menopausia es un término acuñado por primera vez en el siglo XIX por el médico francés Charles Gardanne a partir de las palabras griegas MEN que significa mes y de PAUSIS pausa o cese. La menopausia sólo representa la última menstruación en la vida de una mujer y para establecerla como tal, se debe esperar un año de ausencia de sangrado menstrual para poder decir que aquella fue la

menopausia. Desde el punto de vista médico, la menopausia es el cese de la función menstrual debido a una falla en la función ovárica, pudiendo ser de carácter espontáneo o por efecto de radiación, quimioterapia o cirugía independientemente de la presencia o no del útero. En este punto es bueno aclarar que en los casos en que se practica la histerectomía conservando los ovarios, no es correcto hablar de menopausia quirúrgica.

Desde el punto de vista histórico se sabe que es en la Biblia y más específicamente en Génesis, donde se menciona por primera vez el cese de la menstruación, hace aproximadamente 4000 años, época en que vivió Abraham. Ciertamente, en Génesis 18:10 leemos que Jehová al presentarse a Abraham le dice: “De cierto volveré a ti y según el tiempo de la vida, he aquí que Sara tu mujer tendrá un hijo...”. Y en Génesis 18:11 “Y Abraham y Sara eran viejos, de edad avanzada; y a Sara le había cesado ya la costumbre de las mujeres”. Al respecto podemos asegurar que en este pasaje de las sagradas escrituras, la expresión “la costumbre de las mujeres”, se refiere al cese de la menstruación y no a la capacidad de quedar embarazada por cuanto Sara era estéril y sólo logró la concepción por intervención divina. Como vemos en este pasaje bíblico, la desaparición definitiva de la menstruación tiene como requisito que las mujeres lleguen a una cierta edad, la cual se ha mantenido más o menos en el mismo rango a través de la historia. Hipócrates (460 a 377 a C), Aristóteles (384 a 322 a C) y Aecio de Amida (siglo VI a C), citados por Miguel Lugones (2008) concuerdan en que la menopausia ocurre alrededor de los 50 años, de lo cual podemos inferir que el inicio del climaterio tampoco ha variado, es decir, alrededor de tres a cinco años previos a la instalación de la menopausia.

El climaterio, no siempre tuvo la importancia y la magnitud que tiene en los actuales momentos. En épocas remotas eran muy pocas las mujeres que lograban pasar más allá de los cincuenta años, y por lo tanto, pocas llegaban a experimentar el climaterio y por ende la menopausia. La expectativa de vida de los seres humanos se ha ido

elevando a lo largo de los siglos, la curva que representa esta expectativa según Greene y Dixon (2002), permite observar que de las primeras Homo Sapiens menos del 10% alcanzaban a llegar a los cincuenta años. En la edad de bronce hubo muy poca variación puesto que la cifra alcanzó el 10%, llegando al 25% durante el imperio romano, actualmente la expectativa de vida ronda los ochenta años y el porcentaje de mujeres que sobrepasa los cincuenta años es cada día más elevado, en consecuencia, tanto la medicina y las ciencias del espíritu, como el Estado deben estar preparados para afrontar con éxito el reto que esta situación plantea poniendo en práctica políticas públicas que aseguren una adecuada calidad de vida para todos los seres humanos y en especial para las mujeres, quienes se ven afectadas por una gran cantidad de problemas de salud asociados a la sobrecarga física y mental que representa el condicionamiento de género, situación que se agrava por las inequidades de género, al no tomarse en cuenta la morbilidad diferencial, todo esto visto desde el campo de la salud a lo cual debemos agregarle las inequidades en el campo político, social y laboral, al no ofrecérseles igualdad de oportunidades.

Tal como lo hemos venido exponiendo, el climaterio y la menopausia, como hechos biológicos, están relacionados tanto con el aumento poblacional como con el aumento de la expectativa de vida, lo cual ocurre a partir de la Revolución Industrial (Siglo XVIII), cuando se da un acelerado crecimiento poblacional asociado a mejores condiciones socio-sanitarias lo cual se tradujo en aumento de la expectativa de vida de hombres y mujeres. La población femenina en general ha pasado la barrera de los cincuenta años de edad, en consecuencia, muchas de ellas experimentan las manifestaciones propias del climaterio y del envejecimiento progresivo, lo cual plantea un gran reto para el Estado y para las ciencias que tienen que ver con la salud.

En relación con el aumento poblacional y el aumento de la expectativa de vida en Venezuela encontramos que para el año 2011 las mujeres llegan al 50,3 % de un total

de 27 millones de personas, y la esperanza de vida sobrepasa los 77 años, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (2011).

La aparición cada día más frecuente del climaterio y la menopausia empieza a llamar la atención del gremio médico, en tal sentido encontramos que la primera vez que se relaciona la menopausia con la medicina se debe a Borner, citado por Utian (1987:1) quien se hacía la pregunta de si se trataba de un proceso fisiológico o una endocrinopatía. Cuarenta y dos años más tarde, en 1929, Gregorio Marañón, citado por Utian (1987), escribe su obra *El climaterio. La edad crítica*, en la que expresa, entre otras cosas, que los médicos tienen vagas ideas acerca del climaterio y su significado desde el punto de vista fisiológico y patológico, problemas a los que deben enfrentarse cada día con más frecuencia. En 1940 y 1941 Albright, citado por Yabur (1995:258) establece la relación entre menopausia y la osteoporosis al encontrar que esa patología era más frecuente en pacientes a quienes se les habían extraído los ovarios.

En Venezuela, la primera publicación sobre climaterio y menopausia corresponde a Ponte 1895, la segunda publicación apareció cuarenta y nueve años después, es decir en 1944 y pertenece a Alegría, en la primera publicación la edad promedio de la menopausia fue 46 años, y en la segunda entre los 40 y 50 años, ambos autores citados por Agüero (1999).

Es a partir de la década de los años 60 cuando se produce una explosión mundial de publicaciones en relación con el climaterio y la menopausia en conferencias internacionales, congresos, jornadas, libros, revistas de circulación nacional e internacional. Esfuerzos que estuvieron marcados por una concepción morbicentrista fundamentalmente. Albright, citado por Yabur (1995), en los años cuarenta y desde una visión biologicista correlaciona la osteoporosis con el climaterio, lo cual se traduce en desaparición de la menstruación y de la capacidad reproductora. Los

cambios en la función ovárica y el cese definitivo se explican como consecuencia de la puesta en escena de sistemas neuroendocrinos que actúan como una especie de reloj biológico que se expresa entre la cuarta y quinta década de la vida, en consecuencia, se producen cambios morfológicos y funcionales en los ovarios, tal como lo expresa Romero (1978), citado por Calkins, (1981:174).

Otros elementos que se observan en las mujeres son la aparición de enfermedades coincidentes con el climaterio, situaciones que además de tener un componente endocrino pueden ser catalogadas como propias del envejecimiento y en las que además entran en juego elementos socioculturales y ambientales. Entre estos cambios, podemos considerar la disminución de la elasticidad y turgencia de la piel, los cuadros depresivos, la osteoporosis, las neoplasias, el prolapso genital, la incontinencia y la infección urinaria, la diabetes mellitus, el síndrome metabólico, la obesidad, la dislipidemia, la hipertensión arterial.

En relación al envejecimiento, Calkins (1981) se refiere a la existencia de varias teorías que lo explicarían, en primer lugar, *la teoría de la acumulación intracelular y extracelular de moléculas complejas* que no pueden participar en el metabolismo celular normal provocando la muerte de la célula, propuesta por Harman (1978), citado por Calkins (1981:171), esta hipótesis explicaría la rigidez de los tejidos en función de la edad de la persona; en segundo lugar *la teoría de la programación genética del envejecimiento* propuesta por Goldstein (1971), finalmente el envejecimiento como fenómeno de origen multifactorial. Los elementos anteriormente citados actuarían sobre cuatro áreas o campos de acción que incluirían: la célula, la matriz del tejido conectivo o colágena, el sistema inmunitario y el sistema neuroendocrino o reloj biológico.

Respecto a la célula como campo de acción, es necesario afirmar que los procesos esenciales del envejecimiento ocurren a nivel celular y están controlados

genéticamente lo cual explicaría entre otras cosas la involución y/ o desaparición de órganos tales como la placenta al final del embarazo, el timo y los primeros dientes durante la infancia, los ovarios y el ciclo menstrual alrededor de los cincuenta años. La programación genética del envejecimiento ha sido fundamentada en el hecho de que cada especie viviente tiene una longevidad distinta y característica, para el caso de la especie humana, el límite superior se ha mantenido entre noventa y cinco y cien años y la menopausia alrededor de los cincuenta años. El ciclo menstrual representa un fiel ejemplo de la sincronía entre los sistemas endocrino y neural. La persistencia, a lo largo de los siglos, de una edad en la cual ocurre el climaterio y dentro de éste la menopausia, ha hecho que Romero (1978), citado por Calkins (1981) propusiera la existencia de:

Algún tipo de mecanismo de tiempo capaz de poner en marcha o interrumpir varias series de genes según la fase del ciclo en la cual se encuentre el organismo. Estos genes podrían codificar la activación de mecanismos de autodestrucción o procesos de desactivación de genes que codifican funciones, citado por Calkins, (1981:174).

Otro elemento a ser considerado en relación al envejecimiento lo constituyen las alteraciones que se observan en el sistema inmunitario expresados en la disminución de la capacidad de los linfocitos para mediar reacciones de hipersensibilidad tardía y disminución de la capacidad para la producción de anticuerpos circulantes ante la presencia de antígenos, aunado a la producción de auto-anticuerpos, todo lo cual resulta en un acortamiento de la vida de las personas. La veracidad de estas aseveraciones puede confirmarse por la mayor sensibilidad de las personas mayores a las infecciones y la mayor frecuencia de lesiones neoplásicas y autoinmunes en ellas. Todos los cambios de tipo inmunológico anotados llevaron a Burnet (1970:358) a proponer la hipótesis inmunológica como causa del envejecimiento de los seres humanos.

La coincidencia del climaterio y el envejecimiento, entendidos como procesos fisiológicos, y diversas patologías ha conducido a considerar a los dos primeros como procesos patológicos y en consecuencia a la medicalización de ambos acontecimientos. Como resultado de esto, el climaterio y la menopausia han sido enfocados fundamentalmente desde la medicina occidental con una visión cartesiana del cuerpo de las mujeres: cambios endocrinos, metabólicos, dermatológicos, urogenitales, óseos y articulares, gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicos, psicológicos, endometriales, mamarios, así como los diferentes tratamientos en los que resaltan la denominada terapia hormonal sustitutiva o terapia hormonal de reemplazo y la anticoncepción hormonal los cuales confirman la teoría biológica de que el climaterio y la menopausia se deben a la falla ovárica y la consecuente falta de estímulo hormonal. Todo lo expuesto refleja la posición morbicentrista, biologicista del modelo médico hegemónico que da poca o ninguna importancia a las condiciones de vida en que se desenvuelven las mujeres. Se homogeiniza la mirada sin ninguna reflexión género sensitiva. Total ceguera de género.

La medicina venezolana no escapa a esta visión, tal como lo podemos apreciar en la obra *Medicina del climaterio y la menopausia* editada por Terán, J y Febres, F en 1999, y en el trabajo *Publicaciones venezolanas sobre climaterio y menopausia* hecho por Agüero en 1999 y publicado en el precitado libro. En ese trabajo encontramos referencias sobre publicaciones tales como: *climaterio y osteoporosis* (Yabur, J 1989, 1997; Nieto, E 1998; Aular, A y Lizaso, M 1988; Puerta, E 1992), *climaterio y hemorragia genital* (Calvo, A y Perozo, D 1951; Rodríguez; O y Aristimuño, P 1965; Yabur, J 1967; García, G 1973), *climaterio y patología mental* (Sánchez, M 1936 y 1953; Guzmán, Ay Valarino, F 1980; Guzmán, A 1987 y 1991), *climaterio y terapia de reemplazo hormonal* (Zaitzman, M., Zamora, A y García, C 1974; Cudemus, J., Guzmán, P y Trujillo, H 1975; Diez-Ewald, M., Fernández, G., Ryder E, y Vizcaíno, G 1993; Febres, F 1994; Narváez, L 1995), *climaterio y piel* (Hernández, I y Piquero, J 1995).

En el presente siglo, en la Revista de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia, encontramos las siguientes publicaciones: Reyna- Villasmil, E., Torres-Montilla, M., Reyna-Villasmil, N., Mejías-Montilla, J. (2002). *La combinación estradiol-acetato de noretisterona sobre los niveles de tromboxano en B2 en mujeres postmenopáusicas*. Molina, V. (2002). *Terapia de reemplazo hormonal para las postmenopáusicas después del estudio WHI*. Távora, L., Faundes, A., Galimberti, D., Gutiérrez, R., Zapata, L., Salcedo, K. (2003). *Taller sobre: Violencia de género para Perú y la Región Andina*. Terán, J., Teppa, A. (2003). *Actualidad en el tratamiento en la osteoporosis postmenopáusica*. Reyna- Villasmil, E., Torres-Montilla, M., Reyna-Villasmil, N., Mejías-Montilla, J. (2004). *Efecto de la terapia de reemplazo hormonal sobre el daño oxidativo en postmenopáusicas*. Reyna- Villasmil, E., Torres-Montilla, M., Reyna-Villasmil, N., Mejías-Montilla, J. (2006). *Concentraciones de estradiol y acetato de noretisterona y mediciones antropométricas en menopáusicas obesas y no obesas*. Atías, F. (2008). *Receptores de estrógenos en postmenopáusicas*. Álvarez, R., Martín, E., Bordonas, M. (2008). *Conocimientos y actitud sobre el climaterio en mujeres entre 40 y 50 años*.

La mirada homogeneizadora a que he hecho referencia se nutrió de tres grandes acontecimientos: en primer lugar, el descubrimiento de que muchas de las manifestaciones asociadas al climaterio y a la menopausia tienen su asiento en la incapacidad de los ovarios para producir hormonas en cantidad adecuada, lo cual condujo a la medicalización del proceso de climaterio y menopausia, circunstancia aprovechada por la industria farmacéutica, que se ha abocado a la producción de medicamentos, centrándose en el climaterio como enfermedad y dejándose de lado los aspectos subjetivos.

En segundo lugar, la influencia cada vez más acentuada de los medios de comunicación social que imponen unos modelos de cuerpos idealizados. Medios que

promueven a decir de Fiorella Aiello (2012), una jerarquización del cuerpo y su imagen que responde a estructuras económicas y sociales donde las expresiones más utilizadas son adelgazar, tonificar, rejuvenecer y reafirmar todo con la finalidad última de poseer cuerpos perfectos, bellos, y sin edad.

En tercer lugar, la conjunción de los desarrollos del mercado, la ideología neoliberal, y la biotecnología que ha conducido a las mujeres a la conclusión de que pueden gestionar sus cuerpos según sus caprichos. En tal sentido, existe en la actualidad un verdadero mercado del cuerpo. Asistimos hoy a una inversión en la que el cuerpo es el terreno sobre el cual la sociedad contemporánea construye su identidad y su subjetividad.

Las mujeres en climaterio escapan a estas influencias societales, a la que le debemos agregar los efectos producidos por las condiciones de vida en que ellas se han desarrollado. Dar el salto cualitativo ha implicado hacer un giro copernicano. En tal sentido, consideramos necesario abordar la temática en referencia desde una perspectiva de género que permita visibilizar las relaciones desiguales entre mujeres y hombres basadas en las relaciones de poder que históricamente las han caracterizado, manteniendo a las mujeres dominadas, invisibilizadas, oprimidas, discriminadas a partir de la división sexual y social del trabajo. En opinión de Marta Lamas (s/f), la división sexual del trabajo ha traído para el colectivo de mujeres: marginación, subvaloración en el área laboral, abandono del mercado de trabajo, responsabilidad exclusiva del trabajo en el hogar, insuficiente formación educativa y profesional, y la poca o nula claridad de la situación de discriminación por parte de las mujeres. Desde la perspectiva de género es posible visibilizar esas injusticias, su persistencia y el papel que juegan una gran cantidad de factores en su perpetuación.

Por otro lado, estudiar el climaterio desde la teoría de las representaciones sociales tiene gran importancia por cuanto éstas constituyen maneras de pensar, sentir y

actuar de las propias mujeres desde sus sentimientos, sus miedos y expectativas, en definitiva, desde lo subjetivamente construido por ellas, y no desde quienes históricamente las han pensado, en este caso el poder biomédico y su enfoque cartesiano del cuerpo humano. Saltar de lo homogéneo a lo particular contextualizado.

El enfoque reduccionista-mecanicista del cuerpo humano, propone que éste sea visto como una máquina (mecanismo de relojería) compuesta de partes que interactúan y a la enfermedad, como un desperfecto de la máquina que debe ser reparada. Según esta visión, el cuerpo humano se considera que fue y es gobernado por leyes y principios inmutables, deterministas (visión newtoniana) que permiten conocer el todo a partir del desmembramiento de aquel, es decir a partir del conocimiento de sus partes.

El enfoque arriba expresado constituye la base filosófica del sistema médico occidental el cual se caracteriza, según Balestrini (1999) por las siguientes marcas ideológicas:

- La racionalidad científica gobierna los procesos cognitivos, el régimen de representaciones y la producción de sentido del discurso médico.
- En el discurso médico está presente la validez científica del conocimiento, legitimado por ser objetivo, racional, neutral, sistemático, verificable y poseedor de coherencia interna.
- En el espacio médico se constituye y configura un lenguaje científico propio que es utilizado como instrumento de poder.
- El discurso médico dominante se fundamenta sobre la premisa de la universalidad del conocimiento médico.
- El discurso médico se presenta como un modelo médico cerrado, negador de otras posibilidades diagnósticas y terapéuticas.

- Existe una concepción enteramente biologicista en la que el estudio del ser humano, desde el punto de vista de la salud, sólo tiende a los aspectos orgánicos, olvidándose de los aspectos psicológicos, culturales, ambientales, etc.
- El enfoque del estudio del proceso salud-enfermedad es netamente individualista y curativista, olvidándose del componente social y cultural del problema, obviando lo relativo a la prevención y promoción de la salud y en consecuencia, dejando de lado el mejoramiento de la calidad de vida.
- El discurso médico se construye mediante la negación de la historicidad del proceso salud-enfermedad, es decir, de la relación de los factores socio-histórico y culturales con dicho proceso.
- La racionalidad científico-técnica domina el discurso médico y contribuye de esta manera con el efecto de dominación en la relación médico-paciente.
- El modelo médico dominante se caracteriza por su pragmatismo y su mercantilismo en todas las áreas del quehacer médico tanto público como privado.

Por su parte Capra establece el origen del modelo biomédico (occidental) en la estrecha relación entre el desarrollo de la biología con su visión mecanicista de la vida y el desarrollo de la medicina influenciada por el paradigma cartesiano donde se da una “estricta separación entre mente y cuerpo e introdujo la idea de que el cuerpo humano es una máquina concebible con arreglo a la colocación y el funcionamiento de sus partes” (1992:155).

En opinión del autor antes citado, la medicina moderna bajo el influjo del modelo biomédico presenta dos grandes problemas: en primer lugar, el perder de vista la humanidad del/la paciente desde el momento en que centra su atención en partes cada vez más pequeñas del cuerpo y en segundo lugar, la pérdida de la capacidad de tratar con el fenómeno de la curación al reducir la salud a una función mecánica, para ser más específico, Capra considera que este segundo elemento constituye el más grave defecto del modelo biomédico y propone que:

Para reincorporar el concepto de curación a la teoría y la práctica de la medicina, las ciencias médicas tendrán que ir más allá de su visión parcial de la salud y de la enfermedad... ampliando su base conceptual... se necesitará un concepto de salud mucho más amplio que incluya sus dimensiones individuales, sociales y ecológicas, y que tenga una visión integral de los organismos vivientes y, por consiguiente una visión integral de la salud (1992:136)

El modelo biomédico si quiere enfrentar el fenómeno de la curación con posibilidades de éxito tiene que dejar de limitarse a los aspectos puramente físicos e incorporar en su arsenal terapéutico los medios y herramientas necesarias para influir en la mente del/la paciente, es decir considerar cuerpo y alma como una unidad funcional en la que “el proceso de curación viene a constituir la respuesta coordinada de un organismo integrado a las tensiones ambientales que influyen en él” Capra (1992:137).

Sin duda el modelo biomédico en el cual las funciones biológicas han sido estudiadas hasta llegar al nivel molecular ha traído grandes avances en el conocimiento y tratamiento de múltiples enfermedades, sin embargo ha ido dejando de lado cada día más al ser humano para centrarse en la enfermedad. La relación amorosa de entrega, de empatía con la persona enferma se ha ido desdibujando atrapada en una visión mercantilista, morbicentrista, tecnocrática, biologicista e individualista. González afirma que “Esta concepción biologicista e individual, olvida deliberadamente que las propiedades biológicas del ser humano no se manifiestan directamente, sino que se ven modificadas por los factores sociales” (2005:27). Por su parte Fritjof Capra amplía las consideraciones negativas del modelo biomédico “El gran descontento del público en las instituciones médicas se debe entre otras consideraciones a la inaccesibilidad de los servicios, la falta de comprensión y de cuidados, la negligencia de los médicos y la asombrosa desproporción entre el coste y la efectividad de la medicina” (1992:148).

Capra termina afirmando, respecto a la relación entre medicina y salud que:

... las intervenciones biomédicas, si bien pueden resultar muy útiles en casos individuales de emergencia, influyen muy poco en la salud del conjunto de la población. El factor principal que determina la salud de los seres humanos no es la intervención médica, sino su comportamiento, su alimentación, y la naturaleza de su entorno... las infecciones agudas han sido reemplazadas por enfermedades que ya no están vinculadas a la pobreza y a las condiciones de vida deficientes, sino que están ligadas al bienestar material y a la complejidad tecnológica. Estas enfermedades crónicas y degenerativas como las enfermedades cardíacas, cáncer, diabetes son descritas como males de la civilización vinculadas al estrés, la alimentación rica en grasas y proteínas, el abuso de drogas, la vida sedentaria y la contaminación ambiental, que caracterizan a la vida moderna (1992:154).

La medicina actual no debe seguir considerando a las mujeres en climaterio como cuerpos enfermos, aislados, descontextualizados, reducidos a fenómenos biológicos, celulares y moleculares, para comprender la condición humana de estas mujeres en cuanto a su salud y su enfermedad es necesario tener una mirada y una actuación holística.

En el modelo biomédico el cuerpo humano es asimilado a una máquina y la enfermedad a un desperfecto de la máquina. Por otro lado, la dependencia creciente de la atención médica respecto de la tecnología ha fomentado la especialización y reforzado el enfoque reduccionista de los/las médicos/as. El interés se ha trasladado de la persona a la enfermedad olvidándose que el/la paciente es una persona a quien se debe respetar su dignidad.

Cualquier cambio del actual sistema de atención médica debe comenzar por reformar la educación médica. Es necesario que la academia fomente en los y las

estudiantes de medicina la adquisición y puesta en práctica del respeto hacia la persona, la capacidad de reconfortar y tranquilizarla, la sensibilidad para captar sus problemas en el área afectiva; es necesario que el aprendizaje médico deje de centrarse en los hospitales donde el modelo reduccionista, biologicista de la enfermedad alcanza su máxima expresión, el aprendizaje debe centrarse en la comunidad y en el hogar donde el/la paciente y su enfermedad pueden ser evaluados en contexto, con sentido de complejidad contrarrestando de esta manera la práctica cada vez más frecuente de llevar a los/las estudiantes de medicina, internos y residentes de postgrado a centros de atención médica privada donde el modelo reduccionista, morbicentrista, patologizante y orientado a la tecnología alcanza su máximo desarrollo, “una medicina tecno-científica que profundiza la separación hombre-ambiente, hombre-cuerpo, hombre-sociedad” González (2005:33)

Por su parte Sosa al referirse al uso de la tecnología en el campo de la medicina moderna expresa que “Este énfasis científico-tecnológico como sustento de la medicina, se convierte en un enfoque dogmático, dentro de una visión del cuerpo como máquina constituida por piezas y la enfermedad como disfunción molecular que hay que controlar terapéuticamente para restablecer la función perdida” (2006:146), más adelante al referirse a los resultados de la aplicación del modelo biomédico expresa que: “los fracasos se manifiestan en la baja calidad de la salud y bienestar de la población, el costo cada vez más elevado para mantener las instituciones sanitarias y los gastos médicos que acarrea la población enferma” (2006:147).

Ante el evidente fracaso del modelo biomédico y la necesidad de construir otro modelo más humano Capra afirma que:

Tendríamos que provocar nada menos que una revolución cultural profunda... para adoptar un concepto tan holístico y ecológico de la salud, tanto en la práctica como en la teoría, es necesario cambiar

radicalmente los conceptos actuales de la medicina y también reeducar al público... que insiste en delegar toda responsabilidad de su salud en los médicos y en los fármacos... superar el modelo biomédico será posible sólo cuando estemos dispuestos a cambiar también otras cosas: el cambio estará vinculado, a la larga, a toda la transformación de la cultura y la sociedad. (1992:182-183).

Marilyn Ferguson por su parte plantea que “el nuevo paradigma de la salud debe incorporar los avances de la tecnología, rehabilitar antiguas intuiciones sobre la mente, representar un enfoque cualitativamente diferente basado en el respeto a la interacción entre mente, cuerpo y entorno y además trascender el tratamiento alopático de las enfermedades y los síntomas” (1990:280-281).

Este nuevo enfoque debe privilegiar programas de educación e intervención en salud a fin de disminuir el impacto psico-emocional negativo que el climaterio genera en las mujeres y su grupo familiar como expresión de unas representaciones sociales condensadas en el imaginario colectivo. Las mujeres tienen patrones culturales y sociales que determinan en buena medida, sus representaciones del mundo que las rodea, de ese mundo que las construye y al cual ayudan a construir con su quehacer diario, un mundo lleno de subjetividades e intersubjetividades, el mundo de la vida, de la vida vivida y dentro de esta, la correspondiente al climaterio con su cosmovisión positiva y negativa. Las visiones negativas relacionadas con el climaterio son antiguas, sabemos que ya en la edad media las mujeres en climaterio eran consideradas de menor valor, representando lo marchito, lo oscuro, lo defectuoso. Razón por la cual muchas mujeres fueron perseguidas y llevadas a la hoguera. El climaterio inicialmente se relacionó con la disminución de la capacidad reproductora, la irregularidad menstrual y las hemorragias genitales; es a partir del siglo XIX cuando la esfera psíquica es tomada en cuenta al considerarse sus alteraciones como parte del problema, se avanza un poco más en el siglo XX cuando el contexto socio-

cultural se considera como elemento fundamental en la génesis de las manifestaciones que presentan las mujeres en climaterio Lugones (2008 a).

Al abordar el estudio del climaterio y la menopausia desde las representaciones sociales y con una mirada desde el género esperamos contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de la población femenina en la medida que se puedan hacer intervenciones que lleguen al fondo del problema, a visibilizar sus más profundas vivencias, sus voces silenciadas por años de sumisión y exclusión. El climaterio y la menopausia como problema de salud pública, debe ser abordado no sólo desde el punto de vista médico sino desde el punto de vista socio-cultural, enfocándolo desde la complejidad, donde la realidad biológica y la realidad socio-cultural sean vistas como un todo integrado e integrador. Al respecto Morín plantea: “Si tenemos sentido de complejidad, tenemos sentido de solidaridad. Más aún, tenemos sentido del carácter multidimensional de toda realidad” (1998:100).

Al estudiar el climaterio desde las representaciones sociales con visión de género, permite considerar al cuerpo de las mujeres como la encrucijada o superficie intermedia entre ellas como individuos y la sociedad donde se desenvuelven.

Las mujeres y sus cuerpos son vistos como el lugar de la subjetividad encarnada que también refleja las sedimentaciones ideológicas de la estructura social inscrita en él, y los efectos del paso del tiempo que deja sus marcas, sus huellas tal como lo refieren De La Torre, Rivera y Trigueros (2012). Esa subjetividad encarnada y esa corporalidad modificada han sido consideradas como objeto de investigación por la ciencia médica y por las ciencias sociales aunque con intensidades diferentes, en efecto, existe sin duda, una gran desigualdad en la producción científica entre el área médica y las ciencias sociales. En tal sentido hemos podido rastrear algunas publicaciones que apuntan en el sentido de conocer el climaterio y la menopausia

desde la subjetividad y desde las ciencias sociales, tal como lo ejemplifica esta tesis doctoral.

Con relación a lo anteriormente expuesto podemos citar a Pelcastre-Villafuerte, B., Garrido-Latorre, F., de León-Reyes, V. (2001). *Menopausia: representaciones sociales y prácticas*; Artilles, L. (2009). *Mitos y realidades de la menopausia*; Reyes, A. (2008). *¿Problemas de mujeres?: La menopausia y el climaterio a la luz de la bioantropología*; Álvarez, R., Martín, E., Bordones, M. (2008). *Conocimientos y actitud sobre el climaterio en mujeres entre 40 y 50 años*; Mata, J. (1999). *Aspectos psicológicos durante el climaterio y la menopausia*; Guzmán, A. (1987). *Edad madura y menopausia*; Camacaro, D. (2009). *Histerectomía: Una práctica médica entre la profilaxis y la castración*; Romero, E; Sánchez, G. (2010). *El misterio de la menopausia: la perspectiva de las mujeres*; Mori, M; Decnop, V. (2004). *Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina*; Charlton, D. (2003). *Climaterio y menopausia una mirada de género*; Lugones, M; Ramírez, M. (2008). Lo social y lo cultural. Su importancia en la mujer de edad mediana; Lugones, M; Ramírez, M. (2008 a). *Apuntes históricos sobre el climaterio y la menopausia*; Gil, D. (1999). *Menopausia y modernidad*; Ribera, F, (2003). *Análisis sobre los modelos culturales de la menopausia*. Artilles (2009) en su trabajo sobre Mitos y Realidades de la Menopausia encuentra que las preocupaciones de las mujeres en esta etapa se centran en el cuidado de otras personas (ascendientes, pareja y descendientes), en el servir de mediadoras entre la generación de los mayores y los menores, en soportar la carga que representa la realización de tareas domésticas y la administración-organización del hogar; todo lo cual conforma la doble jornada de trabajo cuando se le agrega el trabajo que deben realizar muchas mujeres que también laboran fuera del hogar, constituyéndose en muchos casos en padres y madres, lo cual como es lógico deja poco o ningún tiempo para dedicarlo a su propia formación y/o disfrute.

Continuando con trabajos de orientación sociológica encontramos el de Álvarez, Martín y Bordones (2008) relacionado con el Conocimiento y Actitud Sobre el Climaterio en Mujeres entre Cuarenta y Cincuenta años. En ese trabajo la gran mayoría de mujeres encuestadas saben lo que es la menopausia pero desconocen qué es el climaterio, esto no debe llenarnos de sorpresa si tomamos en cuenta que muchos médicos/as y especialistas en ginecología utilizan el término menopausia cuando, por definición, están hablando de cuestiones relacionadas con el climaterio. Cuando dicen que “dentro de las manifestaciones de la mujer menopaúsica encontramos los calorones, la resequedad de piel y mucosas, los trastornos del humor”, en este caso se debería decir “dentro de las manifestaciones clínicas de las mujeres en climaterio encontramos.....”.

En el climaterio se da una pérdida progresiva de los atributos propios de la juventud apareciendo en consecuencia la disminución de la elasticidad y tonicidad de músculos y piel acompañadas de la preocupantes arrugas, la caída de las mamas y párpados, la disminución de la movilidad osteoarticular, la redistribución de la grasa corporal que determina la modificación y alteración de la figura femenina hasta ese momento esbelta, todo lo cual provoca la imagen de la desvitalización corporal, que coincide en muchos casos con la muerte de padre, madre y compañeros/as de generación, “hecho que es acompañado con el sentimiento doloroso de lo que no se pudo hacer con el objeto de amor perdido y de lo que no se hizo para sí misma” Carreño (2002:286). La transformación, los cambios que se suceden en las mujeres en el climaterio y que además afecta a sus parejas, quienes consideran que ellas son vacías, huecas, inservibles son expresados por DeBeauvoir cuando escribe “.....también para el hombre el matrimonio es una servidumbre, y es cuando cae en la trampa tendida por la naturaleza; por haber deseado a una joven fresca, durante toda su vida, el macho ha de nutrir a una matrona gorda, a una vieja reseca; la delicada joven destinada a embellecer su existencia se convierte en fardo odioso” (1949:232).

La reacción de cada mujer frente al climaterio está determinada por su historia individual, familiar y por la reacción que el entorno social observa frente a la mujer madura, para Langer (1964), citada por Burin (2002:285) existen dos grupos de mujeres en quienes el climaterio afectaría con mayor intensidad, el primero conformado por mujeres que centran su interés en el culto a sus atractivos físicos y la conquista de su pareja; el segundo por aquellas mujeres que no están satisfechas con lo realizado durante el tiempo que se dedicaron a la maternidad, en este caso estaría presente un gran sentimiento de frustración explicable, en opinión de Gloria Bonder citada por Burin (2002:287) porque “del conjunto de representaciones que conforman la identidad del género femenino, la más estable históricamente es la representación que liga el destino sexual y social de una mujer con la maternidad”.

En el mismo sentido de darle centralidad a la pérdida de la capacidad reproductiva durante el climaterio como disparadora de la crisis que presentan algunas mujeres Emilce Dío Bleichmar plantea que “El ingreso de la mujer en la etapa climaterica....crearía una inestabilidad en las representaciones que conforman la identidad de género femenino...” (2002:128), esta situación de inestabilidad, de crisis pondría en movimiento mecanismos de autoobservación y de crítica de los parámetros valorativos que el Yo utilizó en relación a los atributos del ideal del género femenino, es decir la pasividad, el altruismo, la dependencia, la generosidad, la entrega, la dulzura.

Respecto a la inquietud de por qué el climaterio representa tantos problemas para las mujeres al punto de constituirse en una crisis de la mediana edad, Bleichmar (2002) hace dos consideraciones, en la primera a la que denomina una tipología de reacciones posibles establece tres categorías o grupos de mujeres.

a. *El grupo de mujeres que padece y sufre por lo perdido e irrecuperable que tendría dos vías de resolución del conflicto o bien retrotrayéndose al pasado en un*

especie de duelo permanente, o bien canalizando sus fuerzas, sus deseos a través de la configuración de una relación sustituta de la relación materno filial que la unió a sus hijos e hijas ahora representada en la relación con los nietos y nietas, no sin antes tener que enfrentar, en algunos casos la hostilidad de sus progenitores.

b. *El grupo de mujeres que siente un alivio, un sentido de libertad e independencia ante la llegada del climaterio*, con la retirada de la molesta menstruación signo de fertilidad y riesgo de nuevos embarazos no deseados.

c. *El grupo de mujeres que se sienten estafadas, defraudadas, incompletas*, al descubrir que no fue todo lo deseable lo que ella hizo consigo misma, con sus proyectos y con el deseo de haberse sometido a una ilusión de ser amada, de ser correspondida, lo cual se traduce, en opinión de la autora, en la generación de un estado de frustración que puede desencadenar en dos situaciones tendentes a resolver dicha frustración, uno el desencadenamiento de un estado de hostilidad que la uniría cada vez más a los objetos motivante de la crisis, complicando de esta manera la situación por la cual atraviesan este grupo de mujeres, y el otro la generación del deseo hostil que facilitaría el direccionar la libido hacia otros objetos mentales gratificantes y hacia otras representaciones. Para finalizar su exposición Bleichmar, concordando con Burin, considera que aparte de la presencia de la hostilidad y del sentimiento de hostilidad se hace necesaria la presencia de otro factor que facilite la transformación del estado de crisis de la mediana edad en una situación fructífera para estas mujeres, y expresa:

Pareciera que en las mujeres que exclaman: ¡al fin solas! Predomina más que la hostilidad una sorda e insistente voz interior que –siempre crítica- de su papel femenino que en el ejercicio pertinaz de la puesta en comparación- de las diferencias y las semejanzas con el hombre- a lo largo de toda la vida , siempre se dijo: ¡qué envidia. No obstante esa envidia no la llevó a alejarse de sus metas y responsabilidades femeninas, sino que alimentó

calladamente....su lucidez, su juicio crítico, su objetividad, y en tanto mujer aceptó con su mejor disposición y mínima hostilidad su destino de castrada. Aunque siempre le pareció injusto. (2002:123)

Respecto a los diferentes motivos por los cuales consultan las mujeres en la crisis de la edad mediana Castro (2002) plantea que los principales motivos incluyen:

a. *Los conflictos en la relación de pareja* predominando los sentimientos de desvalorización, descalificación, y de culpa agravados por el maltrato físico y verbal, en la consulta ginecológica, las mujeres se quejan de la agresión verbal por parte de sus parejas quienes las consideran huecas, vacías, incompetentes, viejas, elementos que indudablemente contribuyen con el estado de crisis observable en este tipo de mujeres.

b. *Los Estados Depresivos* caracterizados por la sensación de cansancio, desgano, llanto fácil, una vivencia sin sentido, sin proyectos estructurados sobre todo en mujeres cuya vida se organiza fundamentalmente alrededor del ambiente doméstico y la maternidad, es decir en el cumplimiento del ideal maternal, del modelo de la ama de casa encargada de la crianza de hijos e hijas, de la atención de su pareja, y de la administración y ejecución de las propias del hogar: lavar, planchar, cocinar, limpiar, lo cual evidentemente agota sus fuerzas físicas y espirituales además que deja muy poco tiempo para dedicárselo a ella misma.

c. *Trastornos Psicosomáticos*, representados por molestias en el sistema neurovegetativo representadas principalmente por las oleadas de calor, comúnmente conocidas como “vaporones” o “bochornos”, molestias en el aparato digestivo, palpitaciones, mareos, dificultad para respirar, trastornos del sueño, dificultad para experimentar deseo y disfrute de la relación sexual explicable desde el punto de vista de la ginecología por la falta de lubricación vaginal, la dispareunia pero también por

la situación en que ellas se encuentran relacionadas con maltrato y violencia de género en sus diferentes manifestaciones.

d. *Dificultad para insertarse en el ámbito público*, problema fundamentalmente visto en aquellas mujeres que han permanecido muchos años dentro de sus casas cumpliendo las “naturalmente” misiones que la sociedad patriarcal les ha asignado y que la mayoría de ellas las ha asimilado, en este grupo existen dos posibilidades: aquellas mujeres que nunca han trabajado fuera del hogar y aquellas que se retiraron del trabajo extradoméstico para dedicarse al trabajo en el hogar y luego, por diferentes motivos, reingresan al mercado laboral en el cual se sienten como extrañas, desencajadas, desactualizadas, fuera de lugar y de época, lo cual agrava la situación de crisis de la mediana edad.

Los problemas que se les plantean a estas mujeres deben ser manejados con una visión de conjunto teniendo como base que el climaterio es una construcción sociocultural y como tal es un proceso histórico, biográfico que puede o no acompañarse de enfermedades asociadas al proceso de envejecimiento y/o al declive de la función ovárica.

Antes que nada quiero enfatizar que para enfrentar cualquier realidad relacionada con la crisis de la edad mediana, es decir de la crisis que se presenta en algunas mujeres en etapa de climaterio, es imprescindible tomar en cuenta que la realidad de la mujer en tanto mujer, está configurada por un trípode representado por un sustrato biológico, el cuerpo sexuado determinado genéticamente; una realidad psíquica representada por la mente y una realidad social constituida por relaciones sociales desiguales entre hombres y mujeres, un imaginario social que interviene facilitando la reproducción de cuestiones consideradas naturales y que contribuyen a mantener la dominación de un grupo humano (los hombres) sobre otro grupo humano (las mujeres), todo lo cual debe ser considerado con una

visión de conjunto si es que queremos llegar al fondo del problema y conseguir las respuestas más adecuadas.

Vista así las cosas, hasta ahora, parece imprescindible plantearse un cambio de estrategia en la visión aislada del climaterio como crisis de la mediana edad o como fase transicional entre la edad reproductiva y la no reproductiva gobernada por la función ovárica y estrechamente relacionada con el envejecimiento, es necesario plantearse la visión del climaterio como una construcción social estrechamente relacionado con las condiciones de vida de las mujeres, la forma como han ido construyendo sus vidas, sus subjetividades, por supuesto este cambio debe ser acompañado por el necesario cambio en el manejo y tratamiento el cual debe incluir personal capacitado en el área mental (psicólogos/as, psiquiatras, psicoanalistas), del área somática (ginecólogos/as, endocrinólogos/as, internistas, nutricionistas, cardiólogos/as, reumatólogos/as, traumatólogos/as, dermatólogos/as, etc.), sin dejar de mencionar la necesaria participación de sociólogos/as y antropólogos/as, esta postura, evidentemente, representa una revolución ante la actual situación en que se encuentra la atención de las mujeres en climaterio desde la salud pública, tal como lo plantea Capra (1992), es necesario un cambio de visión del modelo biomédico, es necesario la incorporación de la medicina social, comunitaria donde la participación de las mujeres en la solución de sus problemas de salud sea un elemento fundamental asociado por supuesto a la consideración de cuerpo-mente como una unidad interactuante con el medio ambiente y en un espacio sociocultural donde se dan relaciones intragéneros e intergéneros.

El elemento central del enfoque desde el punto de vista de la esfera mental planteado por Castro (2002) es la puesta en escena de la devaluación social del género femenino por considerar que este fenómeno deja profundas huellas en la psiquis de la mujeres con la consiguiente afectación de sus representaciones, ideas y

acciones, en tal sentido recomienda centrar el análisis del estado crítico tomando en cuenta los siguientes aspectos:

1. *Construcción de una conciencia de pertenecer al género sexual femenino* al cual la sociedad patriarcal le ha asignado un espacio, el doméstico, de escaso prestigio, restringido, donde el trabajo realizado por ellas no es reconocido, ni remunerado, a tiempo completo, sin derecho a vacaciones, sin seguridad social. Adquirir conciencia de esta situación por parte de ellas les permite: reconocer e incluir en sus elaboraciones los determinantes socioculturales vehiculizados a través de su historia, descubrir que muchos de los conflictos y malestares asociados a la maternidad, a la sexualidad y al trabajo, no son inherentes a la supuesta naturaleza femenina, sino que, son construcciones socioculturales y en consecuencia susceptibles de ser cambiadas de manera individual y/o colectiva. Esta toma de conciencia tiene la ventaja, además, de facilitar la aprehensión de la realidad de una manera más efectiva lo cual permite encontrar alternativas válidas para solventar la situación al mismo tiempo que disminuye el sentimiento de culpa, que como vimos es uno de los factores que interviene en el estado depresivo de estas mujeres. La construcción de un estado de conciencia realista permite en definitiva recuperar un sentimiento de esperanza y confianza en el esfuerzo que se va a emprender.

2. El segundo elemento a ser considerado en la atención de la mujer con crisis de la mediana edad, planteado por Castro es *privilegiar el análisis de la etapa preedípica* porque permite trabajar esta primera identificación de la mujer con su propia madre a fin de que pueda discriminar la función maternal de la feminidad, en opinión de la mencionada autora, centrar el tratamiento en esta fase trae como consecuencia: que la mujer se diferencie de su propia madre y construya sus propios deseos; que diferencie la función materna de la identidad femenina lo cual le permite la creación de un modelo de mujer que no restrinja su vida al ejercicio de la maternidad; que

reconstruya su identidad sobre la base del sentimiento de valoración de su propio género sexual.

3. *Visibilizar los Trastornos en el ejercicio de la maternidad*, desde tiempos inmemoriales se ha establecido la maternidad como una función natural derivada de su constitución genética, anatómica y fisiológica, lo cual es realmente cierto en el sentido de la gestación, el parto y el amamantamiento, de ahí en adelante, lo que sigue es una construcción social, sin embargo desde la conformación de la familia patriarcal todos los aspectos de la maternidad han sido adosados a las mujeres quienes, en base al estado de aislamiento en el ámbito doméstico en que transcurren sus vidas con los primeros años de sus hijas/hijos ha llevado a que la maternidad sea considerada como una actividad exclusiva de ellas, lo cual trae aparejado dos efectos, uno de los cuales es *esconsiderar a los/ hijas/hijos como su propiedad* trayendo en consecuencia el denominado síndrome del nido vacío cuando aquellos/aquellas se separan del hogar; el otro efecto es *la marginación, la exclusión del padre* de las labores de crianza lo que se traduce en la consabida sobrecarga de trabajo de las mujeres sobre todo cuando laboran además fuera del hogar lo cual ha sido denominada como la doble jornada laboral. En opinión de Castro (2002), el ejercicio de la maternidad como exclusiva y como excluyente, “transforma a la maternidad en un síntoma; constituye una coartada que enmascara un fuerte núcleo fóbico, que condensa el temor de la mujer al ámbito extradoméstico” (2002:349). La autora ejemplifica la situación del deseo de permanecer en el ámbito doméstico con la presencia relativamente frecuente de embarazos “por mala suerte” o los casos de repentinas complicaciones de los hijos que “obligan” a posponer proyectos que significaban la posibilidad de salir del ambiente hogareño. La importancia de descubrir esta asociación, según Castro, es la posibilidad de que la mujer en conflicto pueda encontrar la solución a su problemas, por supuesto con la ayuda de el /la terapeuta.

4. *Trastornos de la sexualidad*, tienen su asiento fundamentalmente en la norma social que impone el ejercicio de la reproducción como única vía válida para que las mujeres sean activas desde el punto de vista de su sexualidad, norma impuesta por el estamento religioso y secundado por el filosófico y que ha sido conceptualizado como la maternalización del sexo. Otros trastornos a considerar son el ideal de virginidad y la doble moral sexual, ambos profundamente machistas, represores de la sexualidad femenina. El primero prejuzga que la mujer no debe ejercitar su sexualidad hasta que el hombre la inicie, que el deseo de la mujer sólo debe existir en relación con el deseo del hombre, que la necesidad de satisfacción sexual de la mujer es inexistente o en tal caso menor que el del hombre.

En relación a la doble moral sexual, la sociedad prescribe o tolera que el hombre tenga plena libertad sexual, por el contrario a la mujer se le exige fidelidad. Esta costumbre tiene su asiento en la propia casa y se observa cuando al varón se le celebra las conquistas amorosas desde la adolescencia, se le califica de galán, de conquistador, sin embargo, a las adolescentes que tienen una conducta parecida se les dice “ya ésta muestra lo que va a ser”, el trasfondo es una prostituta, la mujer fácil. Tanto el ideal de virginidad como la doble moral sexual se sustentan sobre la premisa de que para que haya mujeres vírgenes debe haber prostitutas. Para Castro “este hecho ejerce una influencia especialmente traumática en el psiquismo femenino ya que sella la asociación entre el ejercicio de la sexualidad no reproductiva y la prostitución” (2002:352).

En el mismo sentido Irigaray (1974), citada por Castro (2002) plantea que todos estos fenómenos van estructurando el aparato psíquico de tal manera que el deseo sexual va asociado al miedo, la transgresión y la culpa, lo cual se traduce en depresión, fobias, anorgasmia, y angustia por insatisfacción sexual crónica. Esta asociación entre el

deseo sexual y la culpa afecta el funcionamiento del aparato psíquico de las mujeres interfiriendo con las actividades femeninas tanto en el ámbito privado como en el público. La orientación estaría dirigida, en opinión de Castro, a cuestionar aquellas posiciones ideológicas que atentan contra la sexualidad femenina, así como los estereotipos sexuales convencionales.

5. *Conflictos en relación con el ámbito extradoméstico*, esta situación se ve fundamentalmente en los casos en los cuales la mujer se ha dedicado toda su vida a cumplir la función materna socialmente naturalizada, ligada estrechamente al trabajo doméstico y por alguna circunstancia tiene que salir a trabajar, o en los casos en que la mujer previo al matrimonio labora en el ámbito público, luego se retira por algún tiempo y regresa, sintiendo desubicada en ambos casos, frustrada al no estar entrenada y ajustada a las necesidades que el trabajo le impone, traduciéndose en estado de desequilibrio emocional. Las ventajas del *trabajo extradoméstico* viene dado por las siguientes consideraciones: *ser fuente de dinero* propio que aleja a la mujer de la dependencia económica, de la subordinación social y de la dependencia afectiva, lo cual le facilita la configuración de una nueva subjetividad, estimula la actitud reflexiva y crítica; estimula la actividad comunicativa y la toma de decisiones, estimula la posibilidad de proponerse metas y las formas de concretarlas.

6. *La constitución de deseos múltiples*, en apartes anteriores habíamos expresado que la subjetividad femenina descansaba principalmente en el deseo maternal, secundado por el deseo de saber y el deseo de poder, también denominados *deseos activos* los cuales en opinión de Castro, “provocan en las mujeres una crisis narcisista, que hace tambalear los sentimientos de identidad y autoestima, porque entran en contradicción con las prescripciones culturales que atribuyen la posición activa a los hombres y la pasiva a las mujeres” (2002:357). El objeto de la terapéutica en estos casos es desplazar, fracturar la constitución de la identidad femenina en base a la maternidad y la pasividad, poniendo en práctica la pulsión de dominio.

7. *El despliegue de la pulsión de dominio*, en opinión de Castro (2002), esta pulsión que orienta a las personas hacia una posición defensiva u ofensiva frente a las exigencias que se le presentan, que orienta hacia la acción para dominar al objeto, y a discriminar entre lo que queremos o no queremos queda disminuida, coartada en su expresión debido a la temprana identificación madre-hija lo cual traería como consecuencia: la inhibición de la expresión de los deseos y de la agresividad; el predominio de vínculos de dependencia, sentimientos de impotencia y desvalorización, el bloqueo de la acción en el ámbito extradoméstico, el temor a lo no familiar, la constante sensación de “no estar capacitada para” o “no estar preparada para” reflejo de un estado de inseguridad, todo esta compleja situación en opinión de Castro se traduce en una “marcada represión de la agresividad que se encuentran en el origen de los cuadros depresivos y psicósomáticos así como en las inhibiciones para la acción en el ámbito extradoméstico” (2002:358). Más adelante expone que para que la pulsión de dominio ejerza la acción que le corresponde, es decir, traducirse en deseo diferenciador, es necesario analizar la vinculación madre-hija, la discriminación y el enfrentamiento de la paciente con el modelo que le ofrece su propia madre, lo que abre la posibilidad de que dicha pulsión se reoriente hacia otros objetos libidinales.

8. *El descubrimiento de las capacidades yoicas*, tiene como objetivo rescatar y valorizar los aspectos positivos y novedosos de las mujeres, para ello el manejo de la situación incluiría *el análisis de todo lo que se ha logrado y permanece invisible* tanto a nivel del ámbito doméstico como extradoméstico, sobre todo lo correspondiente al primero que es considerado irrelevante, sin méritos aún por las propias mujeres, además debe *analizarse todo aquello que en la vida cotidiana aparece como posibilidad a desarrollar*, la aplicación de estos dos análisis nos lleva a considerar el pasado, el presente y el futuro teniendo como propósito la creación de objetivos de

cambio en las condiciones de vida de esas mujeres que se enfrentan a la crisis de la edad mediana, así como las acciones necesarias para lograr esos objetivos de cambio.

9. *Revalorizar el saber de las mujeres en el área de los afectos.* Una de las características principales de las actividades cotidianas de las mujeres es la dedicación de su tiempo al cuidado de otras personas, actitud que tiene sus bases en la costumbre universal de incentivarlas para que sean madres y a la asunción de este mandato y al desarrollo de la función maternal, aunado al criterio generalmente aceptado de que ellas son poseedoras naturales de afectos tales como, la bondad, el altruismo, la entrega, lo cual pareciera confirmarse cuando vemos que aquellas actividades destinadas al cuidado y la formación de seres humanos están ocupadas en su mayoría por personas del sexo femenino, me refiero a la educación, la enfermería, la medicina y la formación religiosa, actividades en las cuales ellas tienen como objetivo el cuidado de otros y otras.

En opinión de Castro (2002), en el desarrollo de esta capacidad de cuidado y atención a otras personas, las mujeres desarrollan otras capacidades entre las cuales se encuentran: la identificación de las necesidades y las formas de satisfacerlas, asumir la responsabilidad en la solución de los problemas de las otras personas dejando de lado la solución de sus propias necesidades, emplear sus fuerzas, sus energías en la búsqueda de solución de los problemas, los conflictos que se dan entre las personas y grupos de personas. Para la autora es muy importante que las mujeres puedan saber diferenciar la especificidad de la relación con sus hijos e hijas de otros tipo de relaciones entre ellas las de pareja y las relaciones laborales extradomésticas, la génesis del conflicto que se presenta para insertarse en este último ambiente estaría en la incapacidad de estas mujeres para diferenciar las especificidades de ambos ambientes y las características de las relaciones que en ellos se dan.

GÉNERO Y SALUD. LAS PRECISIONES NECESARIAS.

Hablar de género es referirse a aquellas áreas tanto estructurales como ideológicas que comprenden relaciones entre los sexos. Entendido como construcción social, el género permite comprender que muchos de los aspectos los cuales creemos atributos naturales de las mujeres y de los hombres, son en realidad características construidas socialmente, no biológicas y que por lo tanto pueden ser modificadas Marta Lamas S/F. El género como construcción teórica cuestiona lo universales genéricos: hombre/mujer, naturaleza/cultura y toda la visión tanto de lo femenino como de lo masculino derivada del sexo biológicoGonzález (2009).

El género como categoría de análisis, nos permite captar el sentido de prácticas y conductas tanto individuales como colectivas, entre ellas visibilizar el androcentrismo y sexismo que legitima diversas formas de exclusión y dominación de las mujeres. Como herramienta hermenéutica abre la posibilidad de incorporar nuevos temas de interés ignorados por el modelo Biomédico entre ellos las representaciones sociales del climaterio y la menopausia. Como construcción cultural, nos facilita visibilizar las relaciones asimétricas de poder que se dan en el patriarcado. Asimetría que se expresa mediante la exclusión, la desvalorización, la opresión, la subordinación y la dominación de las mujeres. García de León refiriéndose a esta dominación expresa “... haciendo un ejercicio de abstracción siempre se llega a los códigos sociales de género que el sistema patriarcal como sistema de dominación de género impone a las mujeres, ya sea ésta una dominación de naturaleza material, simbólica o ambas” (2011:7).

El poder al que me refería antes es el poder ejercido por los hombres sobre las mujeres en los ámbitos público y privado, es decir el poder como posesión y como topo poder que debe ser confrontado por las mujeres, mediante la toma de conciencia en sus posibilidades y potencialidades mediante la construcción de “un poder para” la acción, para la autorrealización, para ocupar el puesto necesario en la construcción

de una sociedad más justa, equilibrada y democrática en la que puedan realizar sus sueños tantas veces postergados, sociedad que no las esconda detrás de un genérico hombre. Una sociedad donde género y sexo no sean categorías contrapuestas, excluyentes sino complementarias.

La categoría de género es y debe ser algo inmanente al sexo, estimado éste como algo biológico, natural y por tanto considerado como ya dado a partir de la unión del óvulo con el espermatozoide, se continúa con la conformación de las gónadas cuya diferenciación, de origen cromosómico, dirigirá la formación de ovarios o testículos y estos a su vez el desarrollo de genitales femeninos en el primer caso y genitales masculinos en el segundo caso. En una primera etapa, la identificación de la persona como niño o niña representa más una identidad sexual que de género, reflejando que el peso de la genética es mayor que el peso de la socialización.

Más adelante, cuando entran en funcionamiento las gónadas con su producción hormonal aparecen las diferencias físicas-corporales entre mujeres y hombres observables a nivel de la masa muscular y esquelética, textura de piel, distribución de grasa corporal y timbre de voz, y además, diferencias psicológicas y conductuales, que la sociedad patriarcal ha atribuido a condiciones naturales justificando, de esta manera, una supuesta inferioridad de las mujeres y su discriminación en el ámbito público y privado.

Estas diferencias de orden físico-corporal asociadas al sexo son las que, por un lado, servirán de vehículo a las diferentes expectativas, por otro lado, definirán la conducta social que marcará el desarrollo de niñas y niños hacia la conformación de hombres y mujeres adultas. En otras palabras, aquella persona que al nacer es identificada como varón o niño será educado como hombre y desarrollará, en la mayoría de los casos, una identidad de género masculino, por el contrario una persona identificada como

niña, será educada como mujer y desarrollará, en la mayoría de los casos, una identidad de género femenina. De acuerdo a esto podemos decir que el desarrollo de la identidad de género empieza desde el momento en el que el/la recién nacido/a, de acuerdo a sus genitales externos, es asignada/o a uno u otro sexo al que le corresponderá un proceso de socialización diferencial al que podríamos denominar proceso de socialización sexo dependiente. *El proceso de socialización de género* comprende para Leaper y Friedman, citados en Amador y Monreal (2010), tres procesos:

- Procesos socio-estructurales, referidos al sistema patriarcal y su división social del trabajo como ejes para estructurar la sociedad y asignar espacio y cuotas de poder dando preferencias a los hombres.
- Procesos socio-interactivos, que implican la asignación de oportunidades y experiencias diferentes para ambos sexos que conducen al desarrollo de diferencias de género en relación con expectativas, preferencias y habilidades sociales.
- Procesos cognitivo-emocionales, considerados como esquemas de género con los que la persona se desenvuelve en su contexto y les permiten inferir el significado y consecuencias de sus acciones género sensibles, sirviéndoles como mecanismo regulador de sus conductas.

En el proceso de socialización de género aparte de los procesos estructurales arriba mencionados intervienen de acuerdo con Lorente (2004), dos mecanismos que contribuyen a producir y reproducir la situación de discriminación de las mujeres siendo el primero de ellos la división de la vida social en dos esferas o espacios: la esfera pública, ocupada por los hombres sobre la base de que ellos son los proveedores de los elementos para cubrir las necesidades de la familia; la esfera privada asignada- y aceptada en muchos casos- a las mujeres tomando como motivo sus supuestas “condiciones naturales” como la sensibilidad, la ternura, la compasión,

la sumisión, el altruismo por lo que ellas deben permanecer en el hogar realizando las tareas domésticas en un ambiente tranquilo, cómodo, seguro, no competitivo, fácilmente controlado por ellas. El segundo mecanismo de que se ha valido el patriarcado es la valoración del espacio público como algo superior y riesgoso asociado a la inseguridad, a la competitividad, al peligro, al esfuerzo físico y mental por lo cual debe ser ocupado por aquel ser con fuerza intelectual y física, arriesgado, agresivo y seguro: el hombre.

Está claro que en las etapas iniciales de desarrollo niñas y niños no están sometidos a estos condicionamientos, no tienen la capacidad para diferenciar si son niñas o niños, sin embargo a partir del conocimiento del sexo por parte de familiares y el entorno en general se ponen en marcha prácticas de socialización destinadas a la formación de una identidad masculina o femenina. Esta socialización de género estará marcada por oportunidades y estrategias distintas de acuerdo al sexo. El período comprendido entre los dos y los seis años constituye una época fundamental para el aprendizaje de los esquemas de género por cuanto la influencia de los agentes de socialización es mayor. Alrededor de los dos años, niños y niñas ponen en práctica marcas de género, a los tres años se reconocen como pertenecientes al sexo femenino o masculino, muestran conocimiento de su propio género y se identifican con personas de su mismo género e identifican las cosas que hacen unos/as y otros/as, Yubero y Navarro (2010).

A través de la familia se van a aportar los primeros elementos socioculturales sobre los que se irá construyendo la identidad de género, me estoy refiriendo a los nombres, vestimenta, juguetes y decoración de la habitación. En nuestra sociedad se acostumbra dar a los varones juguetes como carros, pistas de carrera, artículos deportivos, juguetes similares a armas de fuego, juegos de construcción y naves espaciales que estimulan la acción, la competencia, la agresividad, el riesgo, la autonomía, la violencia, por el contrario a las niñas se le ofrecen juguetes como

muñecas, cocinas con sus respectivos implementos, kits de belleza que estimulan las supuestas habilidades o condiciones naturales de las hoy niñas, mañana convertidas en mujeres bajo la impronta de estar hechas para permanecer en el hogar cumpliendo la misión decimonónica del cuidado del hogar y las personas que lo conforman.

Inicialmente se es varón o niña para luego transformarse en hombre o mujer lo cual implica haber interiorizado una realidad que ha estado presente y que sobreviva a ella y a él, realidad conformada por normas, costumbres, usos transmitidos por la familia, los medios de comunicación –principalmente la televisión- la escuela, los grupos religiosos, el grupo, la sociedad en general que los/las lleva a desarrollar una manera de pensar, sentir y actuar propiamente femeninos o masculinos. Mediante este proceso de socialización de género aquel ser biológico, nacido de las entrañas de una mujer se transforma en un ser social, capaz de transformarse y transformar ese medio apoyándose en sus condiciones físicas, psicológicas y conductuales. Parafraseando a De Beauvoir (2002), llegarán a ser mujeres y hombres con sus evidentes diferencias físicas cuyo origen es de carácter genético-biológico-hormonal y diferencias psicológicas y conductuales.

Esas diferencias psicológicas y conductuales tienen fundamentalmente un basamento de origen sociocultural. En opinión de Yubero y Navarro, las diferencias observables entre mujeres y hombres “son el resultado de la influencia cultural recibida, una vez que nos definimos como hombres y mujeres... ellas vendrán dadas, básicamente, por la medida en que las personas se adhieren a las creencias estandarizadas” (2010:57). Desde el punto de vista socio-cultural, se espera que una persona identificada como masculino- hombre se comporte, piense, sienta y sea tratado como hombre y que una persona identificada como femenina-mujer se comporte, piense, sienta y sea tratada como mujer, esto se corresponde con el concepto de matriz heterosexual propuesto por Butler (1999) y que no es más que la naturalización, la coherencia entre cuerpo, género y deseo, esta autora también utiliza el término de *género inteligible* para

referirse a aquellas situaciones en la que existe coherencia y continuidad entre sexo, género, práctica sexual y deseo, esto por supuesto sin desconocer el derecho que tienen las personas sexo-género diversas a ser reconocidas y tratadas con consideración y respeto tanto como seres humanos como por su elección a ser diferentes, para Butler en estos últimos casos podemos conseguir “situaciones en las que el género no es una consecuencia del sexo o en las que el deseo no es consecuencia ni del sexo ni del género” (1999:72).

Desde el punto de vista de la medicina se consideran el sexo cromosómico, el gonadal, el genital y un cuarto sexo conocido en el espacio médico como sexo socio-cultural, el cual vendría a representar al género al ser construido socioculturalmente tomando como referencia las características sexuales anatómicas. Igualmente desde el punto de vista médico se consideran las siguientes posibilidades en la relación sexo, género y deseo sexual: 1. Hombre que se acepta como hombre y siente atracción por mujeres; 2. Hombre que se acepta como hombre y siente atracción por hombres; 3. Hombre que no acepta ser hombre, no acepta su cuerpo masculino y siente deseos hacia hombres; 4. Hombre que no acepta ser hombre, no acepta su cuerpo masculino y siente deseos hacia mujeres, igual combinación se da en las mujeres, es decir 1. Mujer que se acepta como mujer y siente atracción por hombres; 2. Mujer que se acepta como mujer y siente atracción por mujeres; 3. Mujer que no se acepta como mujer y siente deseos hacia mujeres; 4. Mujer que no se acepta como mujer y siente deseos por hombres.

Las posiciones número “1”, correspondería a lo que Butler denomina coherencia o unidad interna de género que necesitaría una heterosexualidad estable y duradera que “presupone una relación causal entre sexo, género y deseo” en la que “el deseo refleja o expresa al género y el género refleja o expresa al sexo” Butler(1999:80). Esta secuencia de actos o momentos representan la heterosexualidad obligatoria y naturalizada de nuestra sociedad que castiga, margina y excluye a quienes se aparten

de ella y que ha dado origen a las múltiples manifestaciones de protestas de la comunidad sexo-género diversa a nivel mundial.

Para muchas personas el género representa la construcción social del sexo. Según Silvia Tubert (2003) el género no puede entenderse sin el sexo, tomando en cuenta que la simbolización social de la biología influye en la construcción social del género, por otro lado el sexo no se puede entender sin el género si consideramos que la categorización social del género influye en la construcción de los factores biológicos. Esa interrelación sexo-género en la que el uno no puede ser referido sin tener en cuenta al otro se refleja además con otros marcadores sociales tal como lo expresa Judith Butler en su libro *El género en disputa* "...el género se entrecruza con modalidades raciales, sexuales, de clase, étnicas.... así es imposible separar el género de las intersecciones políticas y culturales en las que constantemente se produce y se mantiene" (1999:49), en tal sentido es importante expresar la necesidad de que ambos marcadores sociales sean tomados en cuenta a la hora de hacer investigaciones sociales que involucren a hombres o mujeres, tal como ocurre con la presente tesis doctoral.

Sexo y género son categorías inseparables, aun cuando desde el punto de vista de su origen son diferentes, el sexo corresponde a un acontecimiento biológico cuyo origen se remonta al momento de la fecundación en el que la mujer aporta un cromosoma X y el hombre un cromosoma X o Y dando origen a un ser femenino en el primer caso o masculino en el segundo caso. Para Córdoba (1998) el sexo cromosómico sigue la línea de lo expuesto en las líneas precedentes; el sexo gonadal, hormonal, anatómico y fisiológico están estrechamente unidos por cuanto las gónadas masculinas o femeninas con sus correspondiente producción hormonal diferencial (andrógenos en el primer caso y estrógenos en el segundo caso) van a determinar un funcionamiento y una estructura corporal y mental y unos caracteres sexuales secundarios masculinos

o femeninos según sea el caso; el sexo psicológico tiene que ver con el sentirse hombre o mujer, implica además una manera de comportarse frente a otras personas.

En la conformación de estos sentimientos y comportamientos influye sin lugar a dudas el sexo anatómico y fisiológico, la influencia sociocultural. El sexo social tiene que ver con el comprender, el aprender y el asumir las funciones, roles y comportamientos socioculturalmente asignadas a uno u otro sexo. Tanto el sexo psicológico como el social no necesariamente coinciden con los otros sexos descritos dando origen a lo que actualmente está en el tapete de la discusión como lo es el tema de la sexo-género diversidad. El sexo viene a ser la base sobre la que se construye el género, que según Stoller (1968) ocurre en tres etapas o instancias:

- *La asignación de género* que se da en el momento del nacimiento de la persona -y aun antes del nacimiento cuando la pareja aún sin haber logrado el embarazo piensan en el sexo de el/la futuro/a hijo/a, visualizan su futuro y hacen planes diferentes según el sexo que tendrá ese nuevo ser, o también cuando echan mano a la tecnología que permite elegir el sexo o conocerlo dentro del útero, en todos estos casos basan la asignación de género en las características de los genitales externos, seguida de la colocación de vestimenta y nombre de varón o de niña según sea el caso, en tal sentido es bueno traer a colación lo expuesto por Parsons cuando al comentar los mecanismos de socialización en el que intervienen los agentes socializadores y el socializando [refiriéndose al niño/niña], escribe “Tal vez en el instante del nacimiento no lo haga así el niño [y la niña]; pero casi inmediatamente se le adscribe un rol que incluye unas expectativas de su conducta” (1966:221).

- La segunda instancia es *La Identidad de Género* la cual se establece más o menos a la par con la adquisición del lenguaje alrededor de los cuatro años y le permite al niño o niña estructurar su experiencia vital y asumirse como perteneciente a uno de los dos grupos.

- La tercera instancia constituida por el *Rol o Papel de Género*, que se adquiere cuando la persona internaliza el conjunto de normas y prescripciones impuestas por la sociedad y la cultura. Parsons considera al proceso de aprendizaje y socialización como un continuo que se da a lo largo de toda la vida, en tal sentido expresa que “... el hecho evidente es que el niño [niña] ha de aprender las pautas de conducta esperadas de las personas en sus distintos status en su sociedad” (1966:220), esto por supuesto en concordancia con la identidad y el rol o papel de género cuyas fronteras están cada días más difusas si tomamos en cuenta que en la actualidad las mujeres están ocupando puestos en todas las áreas laborales y en diferentes niveles de importancia, tal como lo vemos en la República Bolivariana de Venezuela en la que de los cinco poderes del Estado, cuatro han sido o están jefaturados por mujeres.

Como se puede apreciar la posición de Stoller en cuanto a la construcción del género, no implica posiciones de poder entre mujeres y hombres, sino la forma en que los seres humanos construyen su condición de género.

Por su parte Connell (1987) considera el género como el terreno donde se conjugan relaciones de poder en todas las instancias donde se da la interacción social, articulándose transversalmente con otras formas de ejercicio de poder como son la raza, la clase social, la edad, las preferencias políticas y religiosas. Para este autor el género se expresa a través de tres dimensiones fundamentales:

- La primera dimensión, *el orden de género* conformado por las normas y reglas que se construyen, reproducen y transmiten en las instituciones sociales tales como la familia, la escuela, las religiones y que permiten la formación de maneras de pensar, sentir y actuar de hombres y mujeres, vendría a ser el equivalente del rol o papel de género propuesto por Stoller.

- La segunda instancia o dimensión propuesta por Connell es *el régimen de género* el cual estaría conformada por la puesta en práctica lo establecido en el orden de género y que se expresa, en el caso de las mujeres, en el cumplimiento de acciones específicas dentro del hogar y en el mercado laboral, desarrollando las funciones de madre, esposa, amiga, compañera, y cuidadora; haciendo “trabajos de mujeres”, trabajos estereotipados mal remunerados y por supuesto con poco o ningún reconocimiento social.
- La tercera instancia definida por Connell como *ideologías de género* constituidas por las representaciones sociales que vinculan lo social con lo psicológico, lo subjetivo expresado y puesto de manifiesto mediante el sentido común, justificando un determinado orden de género.

En relación a estos dos autores es fácil entender que Connell da por sentado el género ya construido expresado a través de las maneras de sentir, pensar y actuar de las personas mientras que Stoller se refiere a la construcción del género a partir del momento del nacimiento tomando como punto de partida la presencia de pene o vulva en la/el recién nacido/a. Respecto a la construcción cultural del género Judith Butler (1999), se interroga sobre la posibilidad de que sea construido de diferentes maneras y de que en esa construcción tenga cabida la posibilidad de una elección por parte de la persona. Evidentemente que si nos acogemos a los postulados de Stoller esta elección no tendría cabida por cuanto la construcción se inicia con la asignación de género que como ya vimos, se da desde el momento mismo del nacimiento y aún antes, planteándose en consecuencia la construcción de género como un hecho social.

Continuando con la posición de Butler (1999), quien parafraseando a Simone De Beauvoir, manifiesta que las mujeres llegan a ser mujeres, pero siempre bajo la obligación cultural de hacerlo y de que esa obligación no la crea el sexo,

evidentemente que esa “obligación” no la crea el sexo sino la sociedad tomando fundamento la presencia de un determinado sexo (niño o niña) visto en el momento del nacimiento o aún antes, tal como sucede en la actualidad en que es posible observar los genitales en la vida intrauterina o yendo más allá cuando las parejas, con suficientes recursos económicos, pueden seleccionar el sexo de ese nuevo ser que la pareja desea, momento que es seguido o precedido, en muchos casos, con la asignación de nombres, vestimenta y otras costumbres sociales apropiadas para cada caso.

En mi opinión creo que ese cuerpo sexuado se engenera, o mejor dicho es engenerado a partir de ese momento, es decir, sobre la base del conocimiento del sexo, los seres humanos empezamos a colocarles signos a esos cuerpos, signos que identificarán a esos cuerpos como pertenecientes al género femenino o masculino. Tres elementos de orden cultural podemos observar a nivel de sala de partos: el primero es cuando la/el enfermera/o, al ver el sexo de la/el recién nacido/a le pregunta el nombre a la parturienta, en algunos casos oímos la expresión “si es hembra...y si es varón...”, el segundo es que, igualmente sobre la base del sexo, le colocan ropa de niño o de niña y un brazalete identificador azul o rosado y el tercero la abertura de las orejas seguidas de la colocación de zarcillos a la recién nacida. Al llegar a la casa y nuevamente según el sexo le espera un ambiente y regalos para niño o para niña.

Antes del advenimiento de la ecografía, cuando no se sabía el sexo del producto por venir se le compraba ropa de color blanco, color que de acuerdo a las costumbres puede ser usado por niños y niñas. Con estos ejemplos quiero poner de manifiesto la interrelación que se da entre un hecho natural, ya dado, el sexo, con elementos de tipo cultural como lo son los nombres, la vestimenta, y la colocación de accesorios a ese cuerpo sexuado. Más adelante mediante el proceso de socialización, la persona niña o niño irá incorporando nuevos elementos de acuerdo a su identificación de género y asunción de papeles o roles.

El género como condición que se construye sobre la base de la existencia de diferencias entre los sexos, que a su vez es considerada una situación de carácter natural, dio origen a la discriminación de las mujeres tomando como pretexto una supuesta inferioridad de ellas, y por consiguiente la condición de sometimiento a los hombres, situación ya comentada al referirnos a las enseñanzas bíblicas y a los postulados filosóficos. La noción de diferencia sexual, entendida como subjetividad inconsciente, hace posible la construcción de la identidad sexual. La diferencia sexual, no es una construcción social, es un hecho biológico-genético-anatómico a diferencia de la conducta sexual diferenciada que evidentemente es una construcción social. Sobre esta diferencia sexual se ha construido el andamiaje que soporta las relaciones desiguales de poder que se han dado históricamente entre mujeres y hombres, relaciones desiguales que es posible y necesario develar a través del enfoque de género.

Diferencia sexual no debe significar desigualdad y mucho menos opresión, dominación, exclusión, marginación y violencia. Las mujeres están en su pleno derecho de exigir la igualdad como seres humanas manteniendo al mismo tiempo sus diferencias con los hombres. Para Carosio “la dominación masculina se ha centrado en convertir toda diferencia en desigualdad. La diferencia de etnia, religión, edad, lengua y sexo, ha dado lugar a múltiples desigualdades. La diferencia nada tiene que ver con la desigualdad”(2010:49). Con la finalidad de subsanar las desigualdades culturalmente creadas entre mujeres y hombres, es necesario, en opinión Carosio “poner en práctica garantías sexuadas que justifiquen tratamientos diferentes en todos los casos en que un tratamiento igual penaliza al sexo femenino” (2010: 49).

Lo anteriormente expresado quiere decir que en condiciones de desigualdad manifiesta, por ejemplo, como la que se observa en las relaciones mujeres-hombres, en las oportunidades de acceso a recursos y servicios, un tratamiento superficialmente

igualitario de la cuestión implica una profundización de la desigualdad. Esta situación queda ejemplificada en la expresión “La diferencia sexual debe traducirse en derecho desigual o, si se quiere, sexuado” Ferrajoli (1999) citado por Carosio (2010:50).

La perspectiva de género basa su importancia en la capacidad de detectar y corregir aquellos factores que colocan a las mujeres en desventaja respecto a los hombres. Uno de esos factores es el sistema patriarcal o predominio del sexo masculino, que “comienza hace aproximadamente, 5.000 y 10.000 años, con posterioridad al período Neolítico” Hermoso(2010:40-41), sistema de dominación que en opinión de Castell (1998) empieza a presentar sus primeras fisuras a partir de los años finales de la década de los años sesenta del pasado siglo cuando la familia patriarcal, prototipo del modelo, empieza a ser cambiada por otros tipos de familias emergentes como consecuencia de la combinación de cuatro hechos fundamentales.

El primero de esos acontecimientos propuestos por Castell es *la transformación de la economía y la apertura de oportunidades educativas para las mujeres* lo cual se tradujo en la incorporación masiva de las mujeres al trabajo remunerado y en la adquisición, por parte de ellas, de un poder de negociación que resquebrajó la supuesta legitimidad del poder masculino basado en la capacidad de proveedor de la familia, a partir de ese momento, esa función, ya no será exclusividad de los hombres. El segundo acontecimiento lo constituyó *la transformación tecnológica de la biología, la farmacología y la medicina*, transformación que facilitó a las mujeres decidir cuándo tener un embarazo, además de cuántos y en qué espacio de tiempo, la época de las familias numerosas ha quedado atrás y las mujeres tienen más tiempo para su autocuidado, para su crecimiento personal.

El tercer hecho lo *constituye la puesta en escena de los movimientos sociales de hombres y mujeres primero, y de los movimientos feministas*, después, a finales de los años sesenta y comienzos de los setenta, teniendo como banderas la eliminación del

dominio patriarcal, el afianzamiento de la identidad femenina, el cuestionamiento de la heterosexualidad como norma, entre otras consideraciones. Finalmente *el rápido crecimiento de los medios masivos de comunicación y el internet* que han facilitado la vertiginosa difusión de las ideas y de los acontecimientos en una cultura globalizada en un mundo interrelacionado.

Por su parte Cabral (2013) en su obra *Sexo, Poder y Género*(tomo II) plantea que en el proceso de visibilización de las mujeres han tomado parte tres elementos fundamentales: el primero, constituido por la transformación de la vida cotidiana sustentada en hechos tales como la incorporación masiva al mercado laboral; el acceso progresivo a la educación formal sobre todo en el segundo y tercer nivel; el descubrimiento de la píldora anticonceptiva, lo cual trajo aparejado la necesaria separación de la función reproductiva y el disfrute de la sexualidad, la reapropiación del cuerpo femenino lo cual se tradujo en un nuevo sistema de relación con ella misma y con su pareja entrando en crisis la vida familiar y doméstica. Los roles tradicionalmente asignados a las mujeres para ser cumplidos en el medio privado o doméstico empiezan a ser cuestionados y derribados. El segundo elemento lo constituye las acciones emprendidas por el movimiento feminista y las luchas de las mujeres en diferentes ámbitos entre ellos en el ámbito académico el cual pasa a ser en opinión de Cabral el tercer elemento transformador de la situación en que encontraban y se encuentran las mujeres.

Como resultado de estos acontecimientos, la familia patriarcal y con ella el patriarcado dan señales de agotamiento que podemos observar a través de hechos cada vez más frecuente tales como: la disolución, por divorcio o separación, de hogares de parejas casadas; las crisis matrimoniales debido a no poder compatibilizar familia, trabajo y vida social; el retraso en formar parejas y la vida en común sin llegar al matrimonio; la aparición creciente de familias con un solo progenitor, generalmente la mujer, asociado al envejecimiento poblacional y a las tasas de mortalidad

diferentes; el nacimiento de hijos/hijas nacidos/as fuera del matrimonio, asociado a la creciente autonomía de las mujeres para decidir cuándo tener un/una hijo/hija, cuántos tener, con quién tenerlos.

No todo ha sido favorable a las mujeres por cuanto esta nueva situación trajo aparejada la instauración de una doble, triple jornada laboral que no ha sido balanceada con medidas que ayuden a aligerar la carga física y emocional que significa esa realidad para las mujeres. Castell define a esta situación como “cuádruple turno diario: trabajo remunerado, tareas del hogar, cuidado de los hijos y turno nocturno para el esposo” (1998:160).

Este sistema basado en relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres impera en el mundo y se manifiesta a través de: la invisibilización de las mujeres, el lenguaje sexista, la desigualdad, la discriminación, la humillación, y la violencia contra las mujeres en sus diferentes manifestaciones. Violencia denominada de género, adjetivo que para algunas personas invisibiliza a las mujeres y en consecuencia consideran que debe ser llamada por su verdadero nombre, es decir violencia contra las mujeres.

Esa violencia tiene diferentes formas y maneras, el Estado venezolano ante esta realidad promulga la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, en dicha ley se describen diez y nueve tipos de violencia contra las mujeres, entre ellas: la violencia física, simbólica, verbal, psicológica, sexual. En consecuencia, es necesario conocer dicha ley y visibilizar los diferentes tipos de violencia que podemos observar en la utilización de discursos, imágenes, usos y costumbres en los medios de comunicación donde se ofende la dignidad de las mujeres, las convierten en objeto sexual y comercial, igualmente en el uso de chistes, ocurrencias y canciones que denigran de la condición femenina; en las relaciones sexuales forzadas en la pareja, en el aborto y el embarazo forzados; en la

invisibilización, negación o rechazo de la participación de las mujeres en la construcción de la historia de la humanidad, en las actividades políticas y socioculturales lo cual encuentra asidero en la expresión “la historia la construyen los hombres”, genuina expresión del modelo patriarcal o mejor dicho androcéntrico imperante.

Para González (2010), la perspectiva patriarcal toma al hombre como lo humano por excelencia, pasando las mujeres a ser lo no humano, lo negativo, lo inferior. Para la autora, el patriarcado es la supremacía masculina institucionalizada, que se da desde el momento mismo en que los hombres se apropian de los medios y los modos de producción, del cuerpo y de la vida de las mujeres. Simone De Beauvoir planteaba a manera de crítica: “la mujer se determina y diferencia en relación con el hombre, y no éste en relación con ella; ésta es lo inesencial frente a lo esencial. Él es el sujeto, él es lo absoluto: ella es lo otro” (1949:12).

La utilidad de la perspectiva de género en esta tesis, viene dada en la medida en que permite acercarnos críticamente a las representaciones sociales de las mujeres en climaterio, desde sus propios sentimientos, sus expectativas, desde sus miedos, desde sus propias construcciones simbólicas cimentadas en su diario vivir en un mundo social que las ha discriminado, invisibilizado, marginado y contra el cual han luchado, mostrándose muchas de ellas, en opinión de Artilis (2009), como profesionales, comerciantes, jubiladas, separadas, divorciadas, defensoras de sus derechos y sus preferencias sexuales, muy lejos de aquella visión del ángel del hogar que se impuso en la Europa del siglo XIX y que luego fue trasladada e impuesta a los pueblos de la América conquistada.

La anterior posición no es plenamente compartida por Luz Marina Cruz (2013), ganadora en el año 2012, del Premio Internacional de Ensayo Mariano Picón

Salas, cuando expresa: “En el imaginario colectivo las mujeres todavía son los ángeles del hogar” a pesar de que ocupan altos cargos de poder, son mayoría en las universidades y están a la par con los hombres en el mercado laboral, persiste esa visión si se toma en cuenta la exigencia que se les hace a las mujeres en el plano afectivo y sentimental en relación al sostenimiento del hogar, el cuidado y crianza de los hijos/as, lo cual desfavorece la formación intelectual de las mujeres.

Ante todas estas consideraciones es necesario expresar que las evidencias encontradas hasta este momento demuestran que hombres y mujeres somos básicamente iguales en personalidad, habilidades cognitivas y liderazgo. De acuerdo a Hyde (2005, 2006) desde la infancia hasta la edad adulta, ambos sexos, presentan más similitudes que diferencias en la mayoría de los aspectos examinados tales como habilidades cognitivas, comunicación en sus diferentes modalidades, autoestima, valores morales y conducta motora en general, encontrándose algunas diferencias favorables a los hombres, a nivel de agresividad física, velocidad y resistencia en la carrera y conducta sexual, en base a esto dicho autor propone la Hipótesis de las similitudes de género en la que demuestra que muchos de los patrones de comportamientos, típicos de hombres y mujeres, considerados como de orden natural, no son más que construcciones sociales dependientes del contexto sociocultural y que por lo tanto son susceptibles de ser modificados.

El sexismo distingue las actitudes en relación a roles y responsabilidades considerados adecuados para hombres y mujeres, incluyendo además las creencias sobre las relaciones que deben existir entre ellos y ellas, teniendo en general una actitud negativa hacia las mujeres. En opinión de Glick y Fiske (1996), existen dos tipos de sexismo: el sexismo hostil y el sexismo benevolente con sus variantes (Teoría del sexismo ambivalente). El rasgo común es la legitimación de la desigualdad de género y el de mantener a las mujeres en posiciones de roles subordinados. El primero, es denominado viejo sexismo o sexismo hostil, misógino,

que manifiesta una orientación subjetivamente negativa hacia las mujeres. De acuerdo a éste las mujeres son seres inferiores y por lo tanto su puesto en el entramado social se encuentra a nivel del hogar.

El segundo es llamado sexismo benevolente, el cual se caracteriza por manifestar una orientación subjetivamente positiva hacia las mujeres, observable en la actitud de apoyo, ayuda y en la búsqueda de intimidad con ellas, de acuerdo a este tipo de sexismo, las mujeres tienen características positivas tales como la entrega, la dedicación, la sumisión, la sensibilidad, el amor, el altruismo además de que “exoneran” a los hombres de las responsabilidades del hogar y son indispensables para satisfacer las necesidades heterosexuales y afectivas de ellos, motivos por los cuales merecen respeto y consideración.

Glick y Fiske (1996) establecen un patrón diferencial entre ambos tipos de sexismo basados en tres factores:

- *El patriarcado cuya manifestación es el paternalismo.* El componente hostil es el paternalismo dominante donde los hombres deben detentar el poder, tomar las decisiones que deben ser aceptadas por las mujeres, el componente benévolo es el paternalismo protector en el cual los hombres deben proteger y mantener a las mujeres, que por supuesto deben permanecer en el hogar.

- *La diferencia entre hombres y mujeres.* El componente hostil viene representado por la creencia de que ciertas características atribuidas a las mujeres más bien las hacen inferiores, por lo tanto es necesaria la presencia de un hombre dominante. El componente benévolo se expresa en la consideración de las mujeres como complementarias a los hombres, con capacidades adecuadas para cumplir funciones dentro del hogar, es decir encargarse de la administración de las labores de administración doméstica, el cuidado de hijas e hijos y por supuesto la atención de su

pareja llámese esposo, compañero, concubino o simplemente pareja, la cual tendrá como función de proveer los insumos necesarios para el mantenimiento del hogar.

- El tercer y último elemento o factor propuesto por Glick y Fiske en su teoría del sexismo ambivalente es *la heterosexualidad*. El componente hostil está representado por la justificación de la agresión sexual bajo el supuesto de que ellas provocan la situación, y la creencia de que las mujeres son peligrosas, manipuladoras, libertinas. Al respecto considero necesario traer a colación lo expresado por Agustín de Hipona, mejor conocido como San Agustín quien expresó “la mujer es una bestia que no es ni firme ni estable, es rencorosa..., se nutre de la maldad y es comienzo de todos los pleitos...” “Suprimid las prostitutas y turbareis a la sociedad con el libertinaje” o lo expresado por Santo Tomás quien escribió “Eliminad a las mujeres públicas de la sociedad, y el libertinaje la turbará con toda clase de desórdenes” ambos citados por De Beauvoir (1949:29-30). El componente benévolo viene representado por la intimidad heterosexual en la que hombres y mujeres son necesarios, complementarios y en la idea de que el hombre para ser feliz y completo debe estar acompañado por una mujer.

El sexismo moderno o sexismo simbólico, descansa en la creencia de que en la actualidad las mujeres ya no sufren discriminación, por lo tanto, las políticas destinadas a su erradicación ya no tendrían fundamento; una variante de este sexismo simbólico lo constituye *el neosexismo* observable a nivel del ambiente laboral y que expresa el conflicto que tienen los hombres al albergar sentimientos igualitarios hacia las mujeres y al mismo tiempo sentimientos negativos de envidia y temor por los logros alcanzados por ellas. Este neosexismo alcanzaría su máxima expresión en el llamado techo de cristal el cual descansa en dos premisas androcéntricas: en primer lugar, las relaciones entre hombres y mujeres no son una cuestión de reparto de poderes sino de reparto de papeles y funciones, de acuerdo a esta posición el poder estaría absolutamente negado

a las mujeres; la segunda premisa se basa en la creencia de que las mujeres no pueden detentar el poder por carecer de la formación necesaria.

Para Amalia Varcárcel el techo de cristal vendría a ser

El conjunto de prácticas y maniobras que dan como resultado que las mujeres sean desestimadas por los sistemas de cooptación...estamos en un sistema de cooptación cuando al lado de una red formal existe una red informal y se juzga no sólo la habilidad en todo caso requerida, sino un elemento no experto de adecuación que sólo quienes proveen el puesto pueden distinguir en el candidato o candidata. Es lo que a veces suele llamarse perfil (1997:98).

Hasta ahora hemos visto la consideración del sexo y del género como elementos inseparables en la configuración de hombres y mujeres, nos corresponde a partir de este momento centrarnos en el género como construcción social, como definidor de relaciones desiguales entre mujeres y hombres, como encrucijada donde convergen otros estratificadores sociales que influyen en los riesgos de morbilidad y mortalidad debido a la exposición (accidentes de tránsito y cáncer de pulmón en el caso de los hombres) y vulnerabilidad (mujeres embarazadas, mujeres en climaterio); en la gravedad de la enfermedad (enfermedades cardiovasculares en los hombres y fractura de caderas en mujeres); en el acceso a los recursos para la promoción de la salud, para la prevención de la enfermedad, en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades (las mujeres en general retardan su asistencia para buscar ayuda y el diagnóstico de patologías se retrasa en comparación al diagnóstico en los hombres); en los comportamientos relacionados con la salud, en este último caso no se observa un comportamiento lineal con excepción de la búsqueda de métodos contraceptivos por parte de las mujeres.

Con Gómez (2001) compartimos la expresión de que género es un concepto relacional, cuyo objeto de interés no son las mujeres o los hombres, sino las relaciones desiguales entre ellas y ellos en relación a la distribución y ejercicio del poder. La desigualdad creada entre hombres y mujeres, a la que se le ha dado la connotación de natural, tiene su origen en la diferencia entre los sexos masculino y femenino. Diferencia centrada en la capacidad reproductora y mediante la cual la sociedad les asigna a las mujeres “su sitio” en el ámbito privado o doméstico dando origen a la división sexual del trabajo.

En opinión de Valls-Llovet (s/f) esta división impregna todas las áreas del quehacer, y la salud no escapa a ello produciéndose inequidad en el acceso y atención a los servicios de salud por parte de las mujeres. Servicios que han sido pensados siguiendo un modelo androcéntrico que ha dejado a las mujeres en una posición secundaria y de minusvalía tanto en el área de la salud no reproductiva como el área de la salud sexual y reproductiva donde las investigaciones sobre salud, la atención y las intervenciones son pensadas y ejecutadas teniendo como modelos a los hombres. Para el modelo biomédico dominante, fiel exponente del positivismo, el conocimiento en relación al proceso salud-enfermedad debe caracterizarse por su verificabilidad, sistematicidad, objetividad, racionalidad y neutralidad condiciones que a la luz de nuevas investigaciones se ponen en duda al considerar el significado y la intencionalidad de las acciones desarrolladas por los seres humanos.

Este modelo funcionalista, morbicentrista, más curativista que preventivista conlleva a una práctica médica que en vez de guiarse por una visión de complejidad tiende a la fragmentación, a la separación de lo psicológico o mental de lo orgánico o corporal, lo preventivo de lo curativo, lo biológico de lo sociocultural y ambiental, lo individual de lo colectivo, dejando de lado lo referente a los determinantes económicos, sociales, culturales, ambientales y políticos del proceso salud-enfermedad. Para De Sousa Minayo (2009), el positivismo se manifiesta en la

práctica médica: mediante la centralidad del componente biológico dado al proceso de salud-enfermedad, el enfoque pragmático-funcionalista donde predomina lo tecnológico y la excesiva valoración del componente estadístico, la poca importancia que se le asigna a las ciencias sociales, la predominancia del gremio médico sobre los otros miembros del equipo de salud, el menosprecio al sentido común y al necesario diálogo de saberes al rechazar y descalificar a la medicina popular y a las prácticas tradicionales por no considerarlas científicas.

La incorporación de la mirada de género en el espacio salud permite, según González (2012), comprender como ha sido la construcción de lo femenino desde el modelo biomédico que considera al cuerpo humano como una máquina, a la enfermedad como desperfecto de dicha máquina y al/la médico/a como la persona con autoridad legítima y legitimada para intervenir en la solución del desperfecto y recuperar la salud, negando la competencia de otros saberes. Al respecto Capra plantea la necesidad de un concepto de salud menos utópico pero si más abarcante, más dinámico "...un concepto de salud mucho más amplio que incluya sus dimensiones individuales, sociales y ecológicas, y que tenga una visión integral de los organismos vivientes" (1992:136), de esta manera es posible ir desmontando las representaciones ideológicas que han determinado diferentes modos de vivir, enfermar y morir.

Pudiera pensarse que las mujeres deberían ser mejor tratadas en el área de salud sexual y reproductiva en la que existe una especialidad, la ginecología y obstetricia, con sus subespecialidades; sin embargo no sucede así. En este sentido Camacaro expresa: "la penitencia de iniciación que tienen que cumplir las mujeres para ser reconocidas como pacientes que requieren de admisión en la cofradía hospitalaria, es el primer eslabón de una larga cadena de sucesos violatorios de sus derechos humanos" (2008:134). En el mismo sentido agrega Camacaro "esas conductas médicas de no aportar información, de no interactuar, de excluir a la mujer,

responden a un modelo biomédico tecnocrático de la medicina el cual no valora la necesidad de conectarse con lo humano de ese cuerpo/objeto que padece” (2012:101).

La connotación de natural dada a las diferencias entre hombres y mujeres en el sector salud implica en opinión de Mary Luz Esteban (2006), una percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano y en especial de las mujeres. González (2012), estima que la homogeneización del genérico “mujer” ha traído como consecuencia significativos impactos sobre la salud de las mujeres, lo que se revela a nivel de la propia identidad, en la salud reproductiva, en la sexualidad, en la inequidad en el acceso a los servicios de salud, traducidos en desigualdades en la gestión y atención de salud debido a factores como: invisibilidad de los problemas de salud de las mujeres; indicadores de salud restringidos; falta de poder derivado de las condiciones de desigualdad de oportunidades, asignación inadecuada de recursos para la atención de los problemas de salud, invisibilidad de los efectos de la violencia contra las mujeres. Violencia que nos arropa y que en muchos casos no la notamos por cuanto ha formado parte de nuestro ambiente sociocultural, pero que está presente en el hogar, en el ambiente laboral, en las instituciones educacionales, en las instituciones religiosas, y por supuesto en las instituciones de salud.

Sin lugar a dudas, las mujeres tienen más necesidades de salud explicables por su condición reproductiva, por las cargas físicas y emocionales a las que están expuestas, y por su mayor longevidad, además en opinión de Anierte (2007), Matud (2006) y Esteban (2006) tienen menor acceso a los servicios de salud y menor capacidad de pago como consecuencia de su marginación y discriminación en el mercado laboral. Con relativa frecuencia se retarda la búsqueda de ayuda a sus problemas de salud. Por otra parte, tienen mayor dedicación al cuidado de sus familiares y a la comunidad, lo cual ha sido tomado históricamente como una condición natural que ha constituido la base sobre la que se construido su confinamiento a las labores en el hogar; dedicación que en muchos casos conduce a la

interrupción de sus trayectorias académicas y laborales, y a posponer la búsqueda de ayuda para solucionar sus propias contingencias de salud.

Podemos decir en consecuencia, que “el tiempo de las mujeres” se convierte en “tiempo para otros/otras” lo cual se traduce en resquebrajamiento de su salud corporal y psíquica. Salud que definitivamente debe ser enfocada desde una perspectiva de género, de manera individual y colectiva con vista a conseguir la tan anhelada equidad en el sector salud. El género, como construcción social, se constituye en un elemento fundamental que profundiza la cosificación biológica de las mujeres, lo cual se agrava desde el momento en que se transversaliza con otros factores determinantes de la desigualdad como la raza, la etnia, la clase social, la pobreza, la marginalidad, el bajo nivel educativo. Al considerar la perspectiva de género, nos asentamos en la premisa de la existencia de inequidades de salud basadas en el género, y al mismo tiempo, al considerar al género como una construcción social estamos aceptando la posibilidad cierta de que esa situación de inequidad, en cualquier área, puede y debe ser cambiada, modificada, en definitiva eliminada con la participación activa y protagónica de las mujeres.

Una pregunta cobra importancia al tomar en cuenta a la salud como objeto de preocupación y estudio ¿Por qué es importante el género a la hora de estudiar o tomar en consideración la desigualdad entre mujeres y hombres en el área de la salud? Varias son las respuestas y entre ellas cobran importancia: el significado del género como instancia donde se escenifican condiciones desiguales relacionadas con las oportunidades de acceso a los recursos y a la toma de decisiones. Existen diferencias en la morbimortalidad entre mujeres y hombres, diferencias que se ven multiplicadas cuando además del sexo se considera la condición económica, la clase social, la raza, la etnia. Todo esto se complica, en el sentido de que cabría pensar que las mujeres de baja condición socio-económica, negras o indígenas tendrían peor salud, sin embargo, no sucede así, tal como lo plantea Breen (2002) cuando expresa que las diferencias

entre los extremos del gradiente social se confirman con la investigación en salud, sin embargo no es posible encontrar un perfil lineal a medida que se avanza en el gradiente social citado en Sen, George, Östlin(2005:2)

El mencionado perfil pudiera encontrarse en la medida en que se vea de una manera compleja, interrelacionada, la clase social, la raza, la etnia, y el género, donde la salud de la mujer no sea tomada a partir de la salud de los hombres, reconociendo que existen diferencias en la salud entre hombres y mujeres, que existe una morbilidad diferencial en patología infecciosa aguda y crónica, como en patología no infecciosa tales como enfermedades cardiovasculares y neoplásicas así como en patologías de carácter psíquico o mental, en estas últimas la diferencia es tan notoria como en el caso de la depresión que se observa en el 28% de los hombres y 49% de las mujeres antes de que alcancen los ochenta años (Rorsman y col, 1990), estando los cuadros depresivos y psicóticos asociados fundamentalmente al puerperio (depresión puerperal y psicosis puerperal) y durante el climaterio. Estas visiones lineales representan un pensamiento esencialista el cual responde a la construcción que se hizo sobre las mujeres.

Es necesario diferenciar género, como construcción cultural, de sexo (lo dado, determinado genéticamente) y al mismo tiempo considerarlo como un factor determinante de la salud con igual o mayor peso que la clase social, el nivel socioeconómico y la raza. Esta posición, en opinión de Sen, George y Östlin, permite “distinguir y comprender las bases sociales de las diferencias entre hombres y mujeres,... ir más allá de la diferencia biológica para llegar hasta las bases sociales del poder y la desigualdad” (2005:3).De acuerdo a estas autoras, lo anterior plantea dos retos, en primer lugar, aceptar que la salud tiene una base biológica y en consecuencia la necesidad de analizar las implicaciones que conlleva la interrelación dinámica de los factores sociales y biológicos como determinantes de la salud de hombres y mujeres. En segundo lugar

entender que desde el punto de vista de la salud, las diferencias entre mujeres y hombres están más influenciadas por factores biológicos que por la clase, raza o estado socioeconómico.

Sin embargo es necesario tomar en cuenta que en relación a la salud, lo planteado es complejo y tal como lo expresa Breen (2002) citado por Sen, George y Östlin (2005), no es posible establecer un comportamiento lineal, en este sentido es importante acotar que en algunas situaciones los factores sociales son determinantes en los resultados de salud, como en los casos de parto prematuro, la hipertensión durante el embarazo y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y aunque parezca contradictoria esta posición por tratarse de mujeres, no lo es así por cuanto se ha demostrado fehacientemente que en ellas siempre está presente la baja condición socioeconómica, la insalubridad, y la dificultad para acceder al sistema sanitario. Sistema que reproduce las desigualdades y jerarquías entre mujeres y hombres al naturalizarlas, normalizarlas al igual que ha sido naturalizada la dominación masculina y la imposición del espacio doméstico a las mujeres. Cuando consideramos las diferencias biológicas en el área de la salud es necesario tomar en cuenta que algunas características consideradas biológicas son en realidad construcciones sociales, por ejemplo los sentimientos de impureza, minusvalía, incapacidad y de vacuidad que observamos alrededor de la menstruación, la menopausia y el climaterio que son hechos biológicos propios de las mujeres.

La comprensión de la manera en que interactúan los factores biológicos y sociales en relación a la salud es de primordial importancia para entender cómo funciona el género en su relación con la salud, en este sentido podemos llegar a comprender las altas tasas de morbimortalidad masculina asociadas a los accidentes de tránsito en combinación con la ingesta de alcohol, drogas, y la mayor asunción de riesgo que muestran los hombres, todo lo cual indica que no es la biología, per se, lo que está detrás de esta situación, sino la presión social, lo cual supone que se pueden hacer

modificaciones mediante la puesta en práctica de políticas públicas sanitarias y sociales.

En tal sentido, la puesta en práctica de una perspectiva de género que identifique y diferencie los factores biológicos de los factores sociales, que además entienda la forma en que interactúan, que tenga presente la relación desigualdad-inequidad en el área de la salud facilitaría la toma de decisiones para dar respuesta a los problemas que aquejan a las mujeres y hombres. Es necesario que se entienda al género como un elemento clave que no puede verse en forma aislada sino en forma interactiva con la clase, el estado socioeconómico, y la raza, pero además no confinado a los roles exclusivamente, para de esta manera facilitar el cambio y asunción de políticas en el ámbito social que conduzcan a una disminución o desaparición de las inequidades como consecuencia de una distribución desigual del poder.

Estas relaciones desiguales de poder que impregnan todo el acontecer social cobran especial importancia en la salud en donde los grupos menos favorecidos, llámense mujeres, pobres, analfabetas, negros/as, tienden a ser censurados por sus propias situaciones de desventaja, como por ejemplo culpabilizar a las mujeres que son violadas, a las adolescentes embarazadas- mal definidas como embarazo precoz, por cuanto se debe entender como precoz el embarazo en sus primeras etapas de desarrollo- a las mujeres que trabajan fuera del hogar y dejan abandonados/as a sus hijos/as, al actuar de esta manera se está haciendo un análisis superficial de los roles sociales y de la problemática al no tomar en cuenta las desigualdades estructurales existentes en la sociedad, se legitiman las realidades de las mujeres como producto de su propio comportamiento y no como una consecuencia de la relación género-comportamiento.

A decir de Lillie- Blanton y LaVeist (1996), citados por Sen, George, Östlin (2005), el desconocimiento de factores subyacentes que contribuyen a las desigualdades

sociales en el ámbito de la salud, refuerza la percepción de que el estado de mala salud es inherente a la persona o grupo social que se está observando, lo cual conduce, según Clatts, 1995 citado por Sen, George, Östlin (2005), a conceptualizaciones y decisiones inadecuadas con poca o ninguna pertinencia para la forma en que esas mujeres viven, retardándose de esta manera la solución de los problemas que las aquejan.

El género no actúa solo sino que se imbrica con otros estratificadores sociales, en tal sentido, es importante que la investigación social establezca metodologías que permitan poner en práctica la triangulación de enfoques y de métodos con el fin de aclarar esa interrelación, llegar a aproximaciones valideras, fundamentadas en relación a la salud colectiva. tal como hace la investigación biomédica cuando se aboca al conocimiento de patologías complejas presentes en una misma persona tales como obesidad, hipertención arterial y diabetes; cardiopatía e hipertensión; desnutrición, anemia y parto prematuro por solo citar tres casos. Si procediéramos a estudiar cada patología por separado jamás llegaríamos a conseguir la información adecuada para resolver la problemática en cuestión, en la misma situación nos encontraríamos si procediéramos a estudiar los fenómenos sociales en forma aislada.

Vista así las cosas, es necesario enfatizar la importancia del género como la encrucijada donde confluyen otros marcadores sociales, complicando en la mayoría de los casos la situación de las mujeres. Como ejemplo podemos ver a las mujeres pobres, negras y analfabetas que buscan trabajo o que pudieran estar enfermas, estas mujeres sufren discriminación social por cada una de esas condiciones, las cuales son exacerbadas por su condición de mujeres. En opinión de Gil (1999), se habla de la feminización de la pobreza porque el 60% de las personas pobres del mundo son mujeres, a esta lamentable situación debemos agregar que el trabajo en el hogar no solo no es remunerado ni reconocido como tal por la sociedad, sino que las propias mujeres así lo aceptan. En mi práctica profesional como ginecólogo lo constato

frecuentemente cuando al preguntar en qué trabajan, me responden “yo no trabajo, hago oficios del hogar”.

Respecto al trabajo del hogar es necesario afirmar que el Estado venezolano lo reconoce como “actividad económica que crea valor agregado y produce riqueza y bienestar social. Las amas de casa tienen derecho a la seguridad social de conformidad con la ley” Art 88. Constitución Nacional (1999). Por otro lado, las que trabajan obtienen menor remuneración que la correspondiente a lo percibido por un hombre, tal como lo reportan Zúñiga y Orlando (2001) citados por Aranguren (2011), en dicho trabajo reportan que la brecha salarial promedio entre ambos sectores es de 31% a favor de los hombres, a pesar de que las mujeres tiene mayor nivel de formación y en algunas áreas mayor participación como en el área de Profesionales y en la de Gerentes Administrativos (55% de participación).

La interrelación salud, trabajo y pobreza la podemos observar en lo expuesto por Aranguren (2011) quien afirma que hay más mujeres que hombres en los puestos de trabajo mal remunerados y con menos seguridad social, los índices de desempleo son más elevados en las mujeres, el trabajo informal y en consecuencia desprovisto de seguridad social es ejercido fundamentalmente por mujeres, de los/las pobres del mundo el 60% corresponde a mujeres, a la hora de buscar trabajo las mujeres son más discriminadas tanto por ser mujer como por su condición reproductora, la sociedad le asigna a las mujeres funciones de cuidado de los/las otros/as tanto en el hogar como en la comunidad, las mujeres tienen menos oportunidades de recibir formación y progresar en sus carreras y ser ascendidas, todo lo cual afecta sus posibilidades de acceder a los programas prevención de enfermedades, promoción de la salud y curación.

En Venezuela, esta situación de desventaja de las mujeres ha ido cambiando progresivamente a partir de la aprobación, mediante referéndum, de la Constitución

Nacional en el año de 1999, texto legal que consagra en el Capítulo I *la igualdad de derechos humanos entre mujeres y hombres* (Art. 19) “El Estado garantizará a toda persona, conforme al principio de progresividad, y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos...,” en relación a la posición de hombres y mujeres ante la ley en el (Art. 21) encontramos “Todas las personas son iguales ante la ley”.

Respecto a los derechos civiles (Capítulo III constitucional) hallamos: el derecho a la vida (Art. 43) “El derecho a la vida es inviolable”; el derecho a la libertad (Art. 44) “La libertad personal es inviolable..”; el derecho a la integridad física, psíquica y moral (Art.46) “ Toda persona tiene el derecho a que se le respete su integridad física, psíquica y moral...” en relación a los derechos políticos (Capítulo IV constitucional) encontramos: el derecho a la participación (Art. 62) “Todos los ciudadanos y ciudadanas tienen el derecho de participar libremente en los asuntos públicos...” . En referencia a los derechos sociales y de la familia (Capítulo V Constitucional) encontramos la protección a la familia (Art. 75) “El Estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes...” la protección a la maternidad y la paternidad (Art: 76) “La maternidad y la paternidad son protegidas integralmente...Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas que deseen concebir.... El padre y la madre tienen el deber irrenunciable de criar, formar, educar, mantener y asistir a sus hijos e hijas...” la protección al matrimonio heterosexual (Art. 77) “Se protege el matrimonio entre un hombre y una mujer, fundado en el libre consentimiento y en la igualdad absoluta de los deberes y derechos de los cónyuges. Las uniones estables entre un hombre y una mujer....producirán los mismos efectos que el matrimonio” el derecho a la vivienda (Art. 82) “Toda persona tiene derecho a una vivienda adecuada, segura, cómoda, con servicios básicos esenciales...”

En relación al derecho a la salud, el Art. 83 constitucional expresa “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida...Todas las personas tienen el derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa...”; art 84 “Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, , integración social y solidaridad.....los bienes y servicios públicos de salud son del Estado y no podrán ser privatizados.....”; art 85 “ El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado,.....”; el derecho a la seguridad social (Art. 86) “Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, , vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social...”.

En lo atinente al derecho al trabajo (Art. 87) “Toda persona tiene el deber y el derecho de trabajar.... Es fin del Estado fomentar el empleo....” El (Art. 88) expone: “El Estado garantiza la igualdad y la equidad de hombres y mujeres en el ejercicio del derecho al trabajo..”, además en este artículo se le confiere valor al trabajo doméstico cuando en el mismo se lee: “...el Estado reconocerá el trabajo del hogar como actividad económica que crea valor agregado y produce riqueza y bienestar social” y amplía la extensión de ese derecho al expresar “ Las amas de casa tienen derecho a la seguridad social de conformidad con la ley” , este artículo, ciertamente, representa un evidente reconocimiento a las labores de las mujeres dentro del hogar, las cuales según cifras de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), realizan el 90 % de dichas actividades, labores que no eran reconocidas antes

de la promulgación de esta Constitución que además establece: (Art. 89) la intangibilidad y progresividad de los derechos y beneficios laborales, la imposibilidad de renunciar a los derechos laborales, la prohibición de todo tipo de discriminación por razones de política, edad, raza, sexo, o credo o por cualquier otra condición. (Art. 91) “Todo trabajador o trabajadora tiene el derecho a un salario suficiente.... Se garantiza el pago de igual salario por igual trabajo...” (Art. 92) “Todos los trabajadores y trabajadoras tienen derecho a prestaciones sociales...” Derechos culturales y educativos (Capítulo VI Constitucional) Art. 102 “La educación es un derecho humano y un deber social, es democrática, gratuita y obligatoria”, (Art. 103) “Toda persona tiene derecho a una educación integral de calidad, permanente y en igualdad de condiciones y oportunidades...”.

Los artículos antes citados que protegen a hombres y mujeres están contruidos en un lenguaje no sexista, es decir, con visión de género, visibilizando a las mujeres por cuanto ya no se habla del hombre como categoría fundacional, normativa y homogeneizadora sino que se habla de personas y en la mayoría de las veces se habla de niñas/niños o mujeres/hombres dejando atrás a los universales genéricos los cuales sólo nombraban al hombre. Esta constitución abre las posibilidades a la participación de ellas y ellos en todos los niveles; los/las hace protagonistas de su propia desarrollo, y facilita, como marco legal, la puesta en práctica de varias medidas que han contribuido a cambiar la situación en que se encontraban las mujeres antes del año 1999.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) se complementa con la aprobación y puesta en práctica de nuevas leyes e instituciones que tiende a revertir la situación desigualdad laboral, de salud, de pobreza, marginalidad, discriminación e invisibilización en que se encontraban las mujeres: entre las instituciones se encuentran el Ministerio para la Mujer y la Igualdad de Género, el Instituto Nacional de la Mujer (INAMUJER) y la Defensoría Nacional de los

Derechos de la Mujer, el Banco de Desarrollo para la Mujer (BANMUJER), la Misión Madres del Barrio, desde el punto de vista educativo las Misiones Robinson, Rivas y Sucre y entre las leyes la Ley Orgánica del Trabajo, Trabajadores y Trabajadoras; la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; la Ley de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna; la Ley para la Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad. Con este marco legal, las mujeres están habilitadas para ser sujetas activas en la construcción de una sociedad más igualitaria donde impere la equidad y la justicia social. En tal sentido es necesario que conozcan en profundidad estos textos legales que conforman el marco, la base sobre el cual pueden conseguir la solución de sus diferentes problemas, marco legal que en gran medida apunta de manera positiva las condiciones de vida de hombres y mujeres, condiciones de vida que deben ser evaluadas a la hora de enfocarnos al estudio de los problemas relacionados con la salud de hombres y mujeres, teniendo en cuenta los sesgos de género que se puedan presentar y afectar la toma de decisiones.

Partiendodel reconocimiento de diferencias biológicas entre mujeres y hombres, de la igualdad necesaria entre los géneros, es preciso trabajar para poder alcanzar la equidad o justicia de género, aceptando además lo que plantean Sen, George, Östlin “la igualdad de género como tal no puede ser la base uniforme para alcanzar la justicia de género en materia de salud” (2005:10). Esta posición se explica por el sesgo o factor de confusión que significan las diferencias biológicas. Para estas autoras, iguales resultados en materia de salud indicarían que las necesidades o habilidades particulares de las mujeres que dependen de características biológicas, no han sido reconocidas debidamente, en tal sentido recomiendan que es ineludible “comenzar con un examen detallado del contenido mismo de la equidad de género para lograr que el sesgo no se disfrace de diferencia biológica natural” (2002:10).

El sesgo se manifiesta en todos los lugares y situaciones donde se interrelacionan niñas y niños, mujeres y hombres, cuando no son tratados/as ni reconocidos/as en igualdad de condiciones y en la que ellas siempre llevan las de perder debido al modelo androcéntrico y patriarcal que impera en nuestra sociedad. En este modelo, mujeres, hombres, y sistemas de salud reproducen el sesgo al no re-conocer su existencia y en muchos casos al no querer aplicar los correctivos necesarios. El sesgo de género en salud se debe fundamentalmente a dos factores fundamentales, el primero relacionado con no tomar en cuenta, no investigar la morbilidad diferencial y en segundo lugar al considerar al varón como la norma que hay que tomar en cuenta. Estos dos factores han contribuido, en opinión de Valls LLovet y col (S/F) a sesgos en el diagnóstico al considerar que hombres y mujeres enferman por igual y además que como son diferentes no pueden tener problemas similares, o por no considerar los factores bio-psicosociales de las enfermedades. Además se pueden considerar sesgos en los métodos de exploración, en la evaluación de los análisis clínicos y en la aplicación de modalidades terapéuticas.

Con la finalidad de minimizar los efectos del sesgo Sen, George y Östlin (2005), plantean los siguientes principios:

- Cuando la interacción entre la biología y los factores sociales sea muy evidente, para definir las diferentes necesidades y experiencias de mujeres y hombres en el ámbito de la salud, la equidad de género puede requerir un tratamiento cualitativamente diferente que sea sensible a esas diferentes necesidades.
- Cuando no exista ninguna razón biológica que explique los diferentes resultados, deberá considerarse a la discriminación social como la responsable de dichas diferencias. Aquí el reconocimiento de que las diferencias se mantienen debido a la discriminación social exige que las medidas para lograr la equidad en salud se concentren en políticas que promuevan resultados iguales.

Terminan afirmando que “si bien existen diferencias entre las necesidades de salud de mujeres y hombres en relación a las diferencias biológicas, esto no justifica derechos desiguales o diferentes en las sociedades que son justas” Sen, George, Östlin (2005:11). Hasta ahora hemos visto la necesidad de considerar al género como elemento clave que se relaciona con otros determinantes sociales para entender las situaciones de salud de hombres y mujeres, sin embargo es necesario acotar que las investigaciones en las ciencias médicas tienen una posición eminentemente androcéntrica, biologicista, centrada en la enfermedad, ignorante de los determinantes sociales y más específicamente del género lo que ha llevado a un *lento reconocimiento de los problemas de salud* en particular de las mujeres como lo explicitan las malformaciones observadas en hijo/as de mujeres que consumieron talidomida en los inicios de los métodos contraceptivos y los casos de las usuarias de dispositivos intrauterinos cuyos dolores eran atribuidos a quejas imaginarias o psicósomáticos retardándose, de esta manera, el diagnóstico de infecciones ginecológicas, afortunadamente esos problemas han sido resueltos, sin embargo queda el sabor amargo por el sufrimiento al que fueron sometidas tantas mujeres, sus parejas y sus familias, alertándonos a estar más pendientes de las manifestaciones que aportan mujeres y hombres, llamándonos a aceptar el necesario diálogo de saberes, a conocer sus subjetividades, sus miedos y sus preocupaciones.

El segundo ejemplo de consideración inadecuada del género se refiere a *el enfoque mal orientado o parcial* uno de los cuales es aportado por los/las especialistas en salud ocupacional quienes centraron el problema de la contaminación ambiental en las zonas urbanas e industrializadas contaminadas por el humo del parque automotor e industrial olvidándose de las zonas rurales y la contaminación en el hogar (cocinas impregnadas de humo) y olvidándose de la contaminación urbana en ambientes de trabajo mal ventilados y ambientes cerrados para el esparcimiento y la diversión mal ventilados e impregnados de humo de cigarrillo. Otro ejemplo relacionado con el

enfoque mal orientado o parcial es el relacionado con el estrés y el trabajo extradomiciliario de las mujeres sin tomar en cuenta sus diferentes roles, en efecto el estrés se acrecienta en las mujeres que trabajan fuera del hogar y además desarrollan el trabajo doméstico. Mujeres y hombres desarrollan trabajos diferentes, agrícola, informal y doméstico en el caso de muchas mujeres (doble y triple jornada laboral responsable del agotamiento, del cansancio y el estrés que padecen las mujeres trabajadoras y que “pasará factura en la tercera edad cuando se presentarán con mayor frecuencia e intensidad el estrés y la depresión los cuales son atribuidos por el modelo biomédico a la “mal llamada menopausia”.

Se sabe que la depresión es más frecuente en las mujeres y en ciertas etapas o momentos críticos como la menstruación, el embarazo, el puerperio y el climaterio, sin embargo, ninguno de estos acontecimientos por sí solo explica la amplia diferencia entre los sexos en relación a los cuadros depresivos, lo que justifica la necesidad de emplear métodos y enfoques diferentes y tomar en cuenta varios estratificadores sociales a la hora de hacer investigaciones que conjuguen factores biológicos y socioculturales, tal como se hizo con la depresión y la psicosis puerperal en la que se descubrió la gran influencia de las condiciones de vida pasadas y presentes. Encontrándose que existe mayores niveles depresión puerperal en países en vías de desarrollo y en mujeres con bajo estado socioeconómico Alvarado y col (2000), Evans y col (2003), Rojas y col (2010), Urdaneta y col (2011).

Otro elemento relacionado con la depresión de las mujeres es la violencia física, verbal, psicológica, sexual y simbólica a la que están sometidas muchas mujeres en diferentes escenarios. Refiriéndose a la violencia contra las mujeres Delgado de Smith afirma que “Las mujeres en Venezuela se desenvuelven en la vida cotidiana en múltiples escenarios... en un ambiente de desigualdades sociales que signan de diversas maneras las experiencias de violencias que se entreteje, casi siempre, por la existencia de condiciones de subordinación” (2011:82). En el mismo

sentido, González y Delgado de Smith expresan “la condición de subordinación que viven las mujeres en todo el planeta, las convierten en depositarias por excelencia de la violencia no solamente estructural sino coyuntural” (2007:118).

El tercer elemento a tomar en cuenta cuando no se considera adecuadamente al género es *la falta de reconocimiento de las interacciones causales*, las cuales deben ser estudiadas desde dos aristas diferentes, por un lado como comorbilidad que significa la presencia de dos o más patologías en una misma persona, una favoreciendo la presentación de la otra o de las otras como en el caso de infección aguda por toxoplasma gondii y la presencia de aborto y/o malformaciones fetales según el momento del embarazo en que se dé la infección, otro ejemplo es la hipertensión arterial crónica y el desprendimiento prematuro de placenta, el ejemplo más fidedigno lo constituye el embarazo en adolescentes y la hipertensión inducida por el embarazo que se acompaña de muertes maternas, partos prematuros, muertes fetales y neonatales, la hipertensión en estas jóvenes todavía sigue siendo un enigma, el tratamiento sigue siendo sintomático y el definitivo, la interrupción del embarazo. Estos casos constituyen un vivo ejemplo de la interacción dinámica, compleja entre factores biológicos y sociales, lo cual se observa además en la relación entre género, pobreza, promiscuidad, virus de papiloma humano (VPH) y cáncer cervicouterino.

Un elemento preocupante, lo constituye la relación poder masculino, VPH y género cuando observamos cada día, con mayor frecuencia la aparición de infecciones ginecológicas en niñas, lo cual pudiera traducirse en el poder de coacción de hombres maduros con relativo o cierto poder económico, la inmadurez psicológica de las niñas, aunado a dificultades económicas. Las evidencias disponibles sugieren, por un lado, una combinación de factores biológicos, económicos, sociales, y culturales que reafirman la hipótesis de que ninguno de ellos y menos el género actúan por sí solos. Por otro lado que las desigualdades entre mujeres y hombres existen en todos los

niveles, siendo de particular importancia a nivel del acceso y oportunidades en el área de la salud.

La desigualdad, cada vez más acentuada entre hombres y mujeres, fue tomada en cuenta y en 1975, la Asamblea General de las Naciones Unidas declara el Año Internacional de La Mujer y programa la realización de Cuatro Conferencias Mundiales Sobre La Mujer. Estas conferencias surgen como respuesta a los planteamientos de igualdad entre mujeres y hombres que se habían formulado en el año de 1945 con la redacción de la Carta de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) referente a la igualdad de derechos. Entre 1945 y 1975, la ONU se centró en codificar los derechos civiles y jurídicos de las mujeres, lo cual resultó insuficiente para lograr la tan anhelada igualdad. Esta situación dio paso a una segunda etapa, cuyo objetivo era elaborar estrategias y planes de acción para promover el desarrollo en función de promover la igualdad de oportunidades.

La primera conferencia se realiza en México (1975), y tuvo tres objetivos: igualdad plena y la eliminación de discriminación por motivos de género; la integración y plena participación de las mujeres en los planes de desarrollo, promover una contribución de las mujeres al fortalecimiento de la paz mundial. Además de declararse el año 1975 como año internacional de la mujer, la Asamblea general declaró el período 1976-1985, como el Decenio de Las Naciones Unidas Para La Mujer.

La segunda conferencia mundial sobre la mujer, se desarrolló en Copenhague, Dinamarca en 1980, tuvo como objetivo evaluar el alcance de las metas de Igualdad, planteadas en la conferencia de México. Las deliberaciones determinaron que existían diferencias entre los derechos aprobados y la capacidad de las mujeres para ejercer esos derechos. Las delegaciones determinaron, además, que esas diferencias se debían a diversos factores entre los que se encontraban: falta de participación adecuada de los hombre en el mejoramiento del papel de las mujeres en la sociedad,

voluntad política insuficiente por parte de los Estados, falta de reconocimiento del valor de la contribución de las mujeres, sub-representación de las mujeres en posiciones de toma de decisiones, insuficientes servicios para apoyar el papel de las mujeres en la vida nacional, falta de recursos financieros, y finalmente falta de sensibilización de las propias mujeres respecto a sus capacidades y oportunidades.

En base a lo anteriormente planteado, la conferencia de Dinamarca, estableció tres posibilidades para lograr los objetivos: igualdad de acceso a la educación, igualdad de oportunidades de empleo e igualdad de acceso a los servicios adecuados de atención a la salud. Además, el Programa de Acción de Copenhague exhortó a los Estados miembros a que establecieran políticas para garantizar el derecho de las mujeres a la propiedad, y el control de los bienes, mejorar el derecho a la herencia y la patria potestad.

La tercera conferencia sobre las mujeres se desarrolló en Nairobi, Kenia en 1985, lamentablemente determinó que los objetivos del decenio, igualdad, desarrollo y paz, no se habían alcanzado. En tal sentido, se plantearon tres medidas básicas con la finalidad de corregir la situación incluyendo medidas constitucionales y jurídicas, tales como: igualdad en la participación social y política, e igualdad en la toma de decisiones. Un elemento muy importante que nació de esa conferencia fue que ninguna actividad humana podría estar al margen de la participación de las mujeres. En tanto tal, la igualdad debe tener carácter universal.

Finalmente llegamos a la cuarta conferencia mundial sobre las mujeres en Beijing (1995), donde se pudo comprobar que si bien las conferencias anteriores habían contribuido a mejorar la situación de las mujeres y el acceso a los recursos; no se había podido cambiar la estructura básica de las desigualdades entre mujeres y hombres. El problema iba más allá de las mujeres y de su condición jurídica y social. Para lograr la tan anhelada igualdad, era necesario reestructurar las instituciones del

Estado y poner en práctica decisiones políticas y económicas que abarcaran a la sociedad en su totalidad.

Con la finalidad de lograr la reestructuración de las instituciones y la aplicación de las políticas necesarias se identificaron, en la conferencia de Beijing doce áreas sensibles en donde se encontraban los mayores obstáculos para el desarrollo de las mujeres. Estas áreas incluían la pobreza, la educación, la capacitación, la salud, la violencia, la economía, los conflictos armados, el poder, la toma de decisiones, los derechos humanos, los medios de comunicación, el medio ambiente, las niñas. Todo lo anterior debía ser pensado, programado, ejecutado y evaluado con una visión de género, entendiendo esto último como algo que afecta a mujeres sobre todo en la salud física y mental.

La situación de desigualdad de las mujeres en el área de la salud, condujo a que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) planteara, a través de sucesivas Conferencias Mundiales de Promoción de La Salud, la necesidad de empoderamiento, con la finalidad de que ellas tomen conciencia de sus derechos y participen activamente en las organizaciones sociales locales. La promoción de la salud, tomó impulso en la década de los años 80 cuando la ONU declara la década de la mujer. Esta iniciativa se fundamenta en cinco principios orientadores de la acción:

- Privilegiar salud colectiva, en vez de salud individual.
- Privilegiar los determinante sociales de la salud, tales como: ingresos económicos, el trabajo, la vivienda, la protección social, la alimentación y la cultura.
- La combinación de diferentes métodos complementarios entre los que se incluyen la educación, la legislación y observatorios de desarrollo comunitario.
- La participación de la población en todos los niveles de la salud, desde la definición de los problemas, determinación de prioridades, asignación de recursos sobre la base de las necesidades hasta la evaluación de la ejecución e impactos de los programas.

- El reconocimiento del carácter intersectorial (corresponsabilidad de los diferentes entes del Estado) de la promoción de la salud.

La primera conferencia realizada en Ottawa, Canadá en 1986 dejó como elementos a desarrollar, la visibilización de las mujeres, la promoción de la salud con equidad y la participación comunitaria. La segunda conferencia se efectuó en Adelaida, Australia en 1988, tuvo como norte: la formulación de políticas con énfasis en lograr la identidad de género, y en la identificación de las cualidades de las mujeres como principales promotoras de la salud, sobre todo a nivel de la comunidad. Constituyéndose en un modelo para la organización, planificación y ejecución de la promoción de la salud con perspectiva de género. Se estableció que para lograr estas metas era necesario que las mujeres recibieran información no sexista, que tuvieran acceso a redes organizativas y a fondos financieros que permitieran incrementar la participación en el espacio salud (González 2011).

En Sundsvall, Suecia (1991), se desarrolló la tercera conferencia. En ella se hizo énfasis en el diálogo de saberes al reconocer las habilidades y conocimientos que las mujeres poseen para ejercer la participación en el desarrollo de programas de promoción de la salud. En Yacarta, Indonesia se lleva a cabo la cuarta conferencia (1997), allí se sientan las bases para la promoción de la salud teniendo como referente el nuevo milenio. Se reafirma lo planteado con anterioridad en el sentido de incorporar a las mujeres en el espacio de la salud.

Haciendo un breve resumen del camino recorrido en relación a las desigualdades entre mujeres y hombres y las políticas públicas destinadas a su solución encontramos que durante las décadas 70 y 80 el esfuerzo se centró en la incorporación de las mujeres a los planes y programas de desarrollo en tres etapas sucesivas denominadas “Mujeres y desarrollo” “Mujeres en el Desarrollo” y finalmente “Género y Desarrollo” que no lograron resolver el problema de inequidad de género. Para la

década de los 90 se cambia la estrategia produciéndose una transversalización de la perspectiva de género (mainstreaming) lo cual implica que todas las instancias de formulación de políticas públicas deben tener en cuenta el género, esto es, identificación de necesidades, formulación de propuestas, planificación, construcción, ejecución y evaluación de los procesos y los resultados. (PRIGEPP. Hipertexto 2007, Unidad: 2:1). Para González el modelo Mujeres En Desarrollo “destacó la función reproductiva de las mujeres y su papel en el cuidado y socialización de los hijos/hijas” (2008:4), es decir, la adjudicación del ámbito privado a las mujeres tal como se había venido haciendo en el modelo del ángel del hogar.

Venezuela, como país signatario de acuerdos relacionados con la necesaria equidad de género, da un gran paso con la promulgación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). El nuevo marco constitucional se redactó en un lenguaje no sexista lo cual constituye un importante avance para el logro de la equidad de género y por ende promover la participación y el protagonismo de los/las ciudadanos/as, confiriéndole rango constitucional a la salud con equidad de género y además estrechamente ligado al derecho a la vida. González (2009), plantea que esta equidad debe permitir un trato diferente a quienes están en desventaja, de tal manera que las mujeres puedan conquistar sus derechos tantas veces negados.

En concordancia con lo anterior, el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela establece: “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte el derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de la vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República”. Por lo antes expuesto se puede apreciar como la

Constitución Nacional(1999)privilegia lo colectivo, la promoción de la salud, la descentralización, y la participación conformando una visión de la salud como un derecho universal, gratuito, y con mirada de género sensitiva.

Un elemento a considerar es lo concerniente a la salud sexual y reproductiva la cual históricamente ha sido reducida al terreno de la función reproductiva y la planificación familiar exclusivamente. En Venezuela, en el año 2003, el Ministerio del Poder Popular para la Salud y el Desarrollo Social publica la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Esta norma tiene dos elementos fundamentales que la distinguen. En primer lugar la incorporación del concepto de salud sexual, lo cual implica que lo reproductivo ya no es considerado como eje fundamental. El segundo elemento lo constituye la visión de género que de ahora en adelante debe incorporarse, lo que implica tomar en cuenta las desigualdades existentes entre mujeres y hombres a la hora de identificar necesidades de salud, definir prioridades, acceso a recursos y servicios, planes y programas de salud dentro de una concepción holística, donde deben incorporarse aspectos como: ciclos de vida, territorio social, cultura, etc. Dentro de este nuevo marco se considera la morbilidad diferencial que implica reconocer que hombres y mujeres enferman de manera diferente, y tienen diferentes riesgos. En definitiva, la equidad de género y los derechos sexuales y los derechos reproductivos alcanzan rango constitucional.

Otros derechos de las mujeres son ampliados, reconocidos con la promulgación de la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2006),la creación diferentes instituciones especializadas tales como el Ministerio del Poder Popular para la mujer y la Igualdad de Género (2009), la Dirección para la Defensa de las Mujeres en el Ministerio Público, las casas de las mujeres y el banco de las mujeres, la creación, de múltiples Tribunales que atienden las denuncias de ellas. Lo anteriormente señalado significa que la salud adquiere un carácter integral e integrador donde se toman en cuenta las diferentes variables que constituyen las

condiciones de vida y en consecuencia debe ser atendida por diferentes sectores del Estado, con la corresponsabilidad de los y las ciudadanos/as. En otras palabras, una nueva relación Estado-Sociedad que debe ser puesta en práctica haciendo los correctivos necesarios en la medida que aparezcan dificultades o situaciones imprevistas.

Finalmente considero necesario hacernos una pregunta y plantear al mismo tiempo una o varias respuestas que desde una mirada ética puedan conciliar posiciones de mujeres y hombres: Si el género se refiere tanto a hombres como a mujeres, si ambos se enferman y mueren ¿Por qué poner énfasis en las mujeres cuando hablamos de la Salud? Lo primero que debemos tener en consideración es la posición de subordinación, marginación, explotación en muchos casos, y de violencia doméstica y extra doméstica en que se encuentran muchas mujeres, lo cual las impacta tanto desde el punto de vista físico y psicológico. Otro elemento a tomar en cuenta es la mayor necesidad de servicios de salud que requieren las mujeres por el hecho de alcanzar mayor longevidad y por sus funciones de carácter reproductivo.

A los dos factores anteriores que se pudieran catalogar de fundamentales podemos agregar la menor disponibilidad de recursos económicos al estar mayormente desempleadas, percibir menos emolumentos por trabajo realizado, ocuparse en muchos casos de puestos de trabajo menos remunerados en inadecuadas condiciones de salubridad y con escaso o nula seguridad social, traducido todo esto en mayores niveles de pobreza, a lo que le debemos sumar el hecho de que tradicionalmente ellas se ocupan del cuidado de los demás miembros de la familia y en algunos casos de la comunidad, dejando poco espacio y tiempo para el cuidado de su salud. El género, en consecuencia, permite visibilizar las desiguales relaciones de poder entre mujeres y hombres. Desigualdades que conducen a las inequidades en las oportunidades de acceso a los recursos.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte fundamental de los derechos humanos y se caracterizan por ser universales, interdependientes e indivisibles; entendiéndose por universales el hecho de que incluyen a hombres y mujeres a lo largo de toda sus vidas; interdependientes por cuanto se relacionan con los otros derechos humanos; e indivisibles en el sentido de que se deben disfrutar de manera conjunta e integral. Manifiesto de Lima(2006).

Antes del advenimiento de los diferentes métodos contraceptivos el derecho al disfrute sexual estaba estrechamente unido al derecho reproductivo lo cual traía como consecuencia familias numerosas, innumerables muertes maternas, envejecimiento prematuro de las mujeres, malnutrición, muerte neonatal e infantil, pobreza en sus diferentes manifestaciones por supuesto asociado a las condiciones socio estructurales existentes en la mayoría de los países del mundo. La llegada de los métodos contraceptivos permitió separar la función reproductora del necesario disfrute de la sexualidad de mujeres y hombres, pero fundamentalmente de ellas quienes se han visto liberadas de los continuos embarazos.

La universalidad, como elemento fundamental de los derechos sexuales y los derechos reproductivos ha ido cobrando fuerza paulatinamente teniendo como premisa fundamental el hecho de haber sido reconocidos como derechos humanos facilitándose, de esta manera, la puesta en escena de las inequidades de género en materia sexual y en materia reproductiva, cuestión que se mantenía escondida debido al sexismo y al androcentrismo de las políticas públicas; debido al comportamiento machista de la cultura occidental en el cual nos movemos en donde las mujeres han

sido y son vistas a través del lente androcéntrico; debido a la mirada mecanicista, morbicentrista y patologizante del modelo biomédico hegemónico y la mirada judeocristiana que mantiene a las mujeres en una posición secundaria en su origen y en su papel dentro del ordenamiento social.

Gracias a la acción de diferentes movimientos feministas en la década de los 70, 80 y 90 en Venezuela, fue posible poner en el tapete cuestiones como el cuerpo, la sexualidad y la reproducción. En la década de los 70 los primeros pasos dados en relación a los derechos sexuales y derechos reproductivos tuvieron como muro de contención las diferentes representaciones androcéntricas de la sociedad venezolana y sus instituciones que mantenían como patrón las demandas e intereses masculinos. “Las políticas de género estuvieron influenciadas por el enfoque Mujeres en el Desarrollo (MED) que promovía la integración de las mujeres al desarrollo sin tomar en cuenta las relaciones existentes, la posición ocupada por ellas en la estructura económica y en las relaciones de género existentes” González (2007:4).

Los programas de Planificación Familiar fueron concebidos y puestos en práctica como una manera de contrarrestar la explosión demográfica en nuestra región, para contrarrestar las altas tasas de fecundidad de nuestras mujeres. La pobreza y la violencia habían encontrado un elemento fundante: el cuerpo de las mujeres. Sobre las mujeres, sus cuerpos y sus fecundidades se hizo recaer el peso que correspondía a otros elementos como las condiciones socio-estructurales y políticas en las cuales se desarrollaban nuestras sociedades. Una vez más ese cuerpo era señalado como culpable, como culpable también había sido estigmatizado por la tradición judeocristiana.

El cuerpo de las mujeres es visto bajo el lente construido por la modernidad, es decir, las mujeres como elemento reproductor de la sociedad, bajo este lente la sexualidad y la reproducción fueron concebidos como un solo bloque lineal que parte

de la concepción, se continúa con el embarazo y sus problemas, el parto y sus problemas, el puerperio y sus problemas, el crecimiento-desarrollo y sus problemas, el climaterio y sus problemas. Esta mirada hacia las mujeres como cuerpos reproductores, cuerpos enfermos invisibiliza sus subjetividades, sus deseos, sus temores, el necesario disfrute de su sexualidad, esconde la dimensión erótico-afectiva y los factores psicoemocionales y sociales que intervienen en el pleno disfrute de la sexualidad.

Para la década de los 80 un nuevo modelo entra a formar parte: el Modelo Género en el Desarrollo (GAD), con él se da un gran paso por cuanto se echa mano de la categoría género para hacer visibles los problemas de las mujeres en términos de su sexo, condición a partir del cual en la modernidad se construyó la subordinación de las mujeres, además se tomaron en cuenta las desigualdades existentes entre mujeres y hombres y las estructuras sociales productoras de esas desigualdades, tal como se había propuesto en la conferencia de Nairobi, Kenia (1985) donde se estableció como norte la igualdad en la participación social y política, e igualdad en la toma de decisiones, además se propuso que ninguna actividad humana podría estar al margen de la participación de las mujeres.

En la década de los 90, el tema de los derechos sexuales y los derechos reproductivos logran alcanzar la atención de los organismos internacionales, en tal sentido en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo que se llevó a cabo en el Cairo en 1994 se estableció en relación a la Igualdad y Equidad entre los Sexos y Habilidad de la Mujer los siguientes objetivos: 1. Lograr la igualdad y la equidad entre hombres y mujeres y permitir que la mujer realice plenamente sus posibilidades; 2. Potenciar la contribución de la mujer al desarrollo mediante su plena participación en el proceso de formulación de políticas y adopción de decisiones en todas las etapas, y 3. Asegurar que todas las mujeres reciban la educación necesaria.

Las medidas a ser implementadas para alcanzar esos objetivos incluían entre otras las siguientes:

1. Adopción de medidas para habilitar a la mujer y eliminar la desigualdad entre mujeres y hombres, en tal sentido se recomendaba ejecutar acciones para: la participación y la representación de la mujer en todos los niveles del proceso político y de la vida pública en cada comunidad y sociedad; la promoción de la realización plena de la mujer mediante la educación, el desarrollo de sus aptitudes y el empleo; eliminar la pobreza, el analfabetismo y la mala salud; eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer, ayudando a la mujer a establecer y realizar sus derechos, incluidos los relativos a la salud reproductiva y sexual; aumentar la capacidad de la mujer para obtener ingresos, lograr la autonomía económica y asegurar la igualdad de acceso de la mujer al mercado laboral y a los sistemas de seguridad social; eliminar la violencia contra la mujer; eliminar las prácticas discriminatorias en el acceso al trabajo; aprobar leyes y reglamentos que faciliten que la mujer pueda combinar la lactancia y cría de hijos e hijas con las funciones laborales.
2. Que los Estados signatarios se comprometan a promulgar, reglamentar y hacer cumplir las leyes nacionales y las convenciones internacionales relacionadas con la discriminación, la violencia y el acoso sexual contra las mujeres.
3. La representación equitativa de hombres y mujeres, especialmente en los niveles de gestión y formulación de políticas en todos los programas, incluidos los de población y desarrollo.
4. Prohibir las prácticas degradantes como el tráfico de mujeres, adolescentes y niñas y la explotación por medio de la prostitución.

5. Prestar más atención al tiempo que exigen de la mujer sus responsabilidades de criar a los hijos y las hijas, atender los quehaceres domésticos y realizar actividades que generan ingresos. Insistir en las responsabilidades de los hombres en relación a la crianza de hijos e hijas y las labores domésticas que deben dejar de ser una función exclusiva de las mujeres. Ejecutar acciones que permitan aligerar la carga cotidiana de las labores domésticas.

6. Facilitar la ampliación y el fortalecimiento de los grupos de activistas comunitarios y populares para que fortalezca la conciencia de los derechos jurídicos de las mujeres, incluidos los derechos en la familia.

7. La promulgación de leyes y aplicación de programas y políticas que faciliten a hombres y mujeres el ejercicio de sus funciones simultaneas en el ámbito público y privado tales como: horarios de trabajo flexibles, licencias para padres y madres, servicios de guardería, licencias de maternidad, facilidades para que las madres trabajadoras amamanten a sus hijos e hijas, seguro médico.

A la par de estas consideraciones respecto a las mujeres adultas, la Conferencia de el Cairo tomó en cuenta a las niñas y a los hombres. Respecto a las niñas plantea como objetivos: eliminar todas las formas de discriminación de las niñas y las causas en que se basa la preferencia por el varón; aumentar la conciencia pública del valor de las niñas y mejorar la imagen que las niñas tienen de sí mismas, conseguir que tengan más confianza en sí mismas y que mejore su condición y finalmente mejorar el bienestar de las niñas, especialmente en lo que respecta a la salud, la nutrición y la educación. En relación a la responsabilidad y participación de los hombres el objetivo fue la promoción de la igualdad entre los sexos en todas las esferas de la vida, incluida la vida familiar y comunitaria, y alentar a los hombres a que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y a que asuman su función social y familiar.

Por otro lado en la cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer realizada en Beijing (1995), se comprobó que las conferencias realizadas en México (1975), Copenhague (1980), y Nairobi (1985) habían contribuido a mejorar la situación de las mujeres y el acceso a los recursos, sin embargo, no se habían podido cambiar las estructuras básicas de las desigualdades entre mujeres y hombres. Se llegó al consenso de que el problema iba más allá de las mujeres y de su condición jurídica y social. En tal sentido se estableció que para lograr la tan anhelada igualdad, era necesario reestructurar las instituciones del Estado y poner en práctica decisiones políticas y económicas que abarcaran a la sociedad en su totalidad.

En Venezuela se ha dado un largo proceso hasta llegar a la aprobación y puesta en práctica de la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (2003). Este proceso tiene sus raíces en el año 1938 cuando el antiguo Ministerio de Salud y Asistencia Social a través de la División Materno Infantil se acoge a la tarea de la atención focalizada del binomio madre hijo/hija, posteriormente en 1962 se ponen en práctica los primeros programas de Planificación Familiar en los hospitales “Dr. José María Vargas” en la Guaira y la “Maternidad Concepción Palacios” de Caracas.

A partir del III Congreso venezolano de Salud Pública realizado en Caracas en 1966 se funda el primer Centro de Orientación Familiar en la “Maternidad Concepción Palacios” que tuvo como mérito el desarrollo de un programa de salud reproductiva en salud pública en la que la mujer embarazada era atendida en conjunto con su grupo familiar además de aportársele educación sexual, autocuidado y preparación psicoprofiláctica, en este mismo año los servicios de Planificación Familiar se extienden a todo el País y se funda la Asociación venezolana de Planificación Familiar la cual se dedicó a aportar información, educación y servicios sobre todo los

relacionados con el uso de métodos contraceptivos y la cooperación con otros programas sanitarios como el de control y seguimiento del cáncer cervico-uterino.

Entre 1974 y 1975, los programas de planificación familiar se amplían y pasan a ser coordinados por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Durante el período 1977- 1995 se desarrollan en Caracas las Jornadas de Educación Sexual. En 1984 se puso en práctica el Programa Nacional de Educación Sexual, Educación Familiar y Educación para la vida y se crea la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA. En 1985 se crea el Programa de Educación Sexual y Planificación Familiar destinado a la comunidad y a profesionales no médicos para actuar a nivel de prevención primaria, igualmente se desarrollan Programas de Educación Sexual Orientación para Adolescentes.

En 1990 se crea la Oficina de Prevención y Lucha contra el SIDA, para 1992 se crea la Comisión Nacional para la Lactancia Materna y la Comisión Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, desde esta última comisión se crearon dos Planes Nacionales de Prevención del Embarazo en Adolescentes (1995 y 1999) el último de los cuales se orientó a la atención en salud sexual reproductiva y derecho de adolescentes. Para el año 1994 y bajo la influencia de la Conferencia de El Cairo se promueve la discusión de la Salud Sexual Reproductiva y Derecho de las y los Adolescentes, se publican las Normas de Atención Materna y Planificación Familiar.

En el año de 1995 se crea la División de Atención a la Madre, Niño y Adolescente transformada en el mismo año en Dirección con dos Divisiones, la División de Atención al Niño y al adolescente y la División de Atención a la Salud Reproductiva, esta última transformación no cumplió con sus objetivos debido a obstáculos ideológicos y políticos quedando relegados los aspectos de salud sexual y continuándose con los enfoques asistencialista que privilegiaban lo reproductivo y el

binomio madre—hijo, es decir el enfoque materno-fetal de la primera mitad del siglo XX.

La División de Salud Reproductiva da a conocer La Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Reproductiva (1997), la cual es seguida por un retroceso a nivel oficial debido a posiciones conservadoras del alto gobierno, el incumplimiento de acuerdos suscritos y la falta de continuidad con los avances en marcha y es mediante la presión de grupos comunitarios y movimientos populares que manteniendo la presión logran la promulgación de la Ley Orgánica para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (1998) y la Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia.

El año de 1999 representa un año de reimpulso en el área de la salud y especialmente en el área sexual y reproductiva debido a las condiciones políticas favorables amparadas en la nueva Constitución Nacional, en este sentido se asumen nuevos compromisos a la luz de las recomendaciones de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo desarrollada en el Cairo (1994) y la Conferencia Mundial sobre la Mujer desarrollada en Beijing (1995) se crea el Programa Nacional de ITS-SIDA adscrito al Ministerio de Salud y Desarrollo Social, se establece la Red de Prevención y Atención del Abuso Sexual Infantil y Juvenil.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva es creado en el año 2000 con enfoque de género y con un lenguaje no sexista tal como lo estipula la Constitución de la República Bolivariana aprobada en 1999.

Para el año 2001, se inicia la aplicación del enfoque de género y violencia intrafamiliar y sexual en las políticas de salud con carácter transversal a la par que se inicia el Diseño del Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva que vino a significar un proceso de revisión de las bases programáticas

del Programa Nacional de Salud sexual y Reproductiva creado en el año 2000 lo cual condujo a la institucionalización del programa, a la implementación del enfoque transversal de género, a la inclusión de las comunidades indígenas, los territorios y clases sociales, la inclusión de la atención de los hombres, la infancia y la adolescencia y el fortalecimiento del componente salud sexual y derechos reproductivos

En el año 2003 el Ministerio de Salud y Desarrollo Social publica los Documentos Normativos del Programa Nacional de Promoción de Salud y Desarrollo de las y los Adolescentes y la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva la cual, en opinión de González:

Esboza la construcción del proyecto de desarrollo de autonomía en salud sexual y reproductiva y se integra a las siguientes instancias: Programa nacional de salud sexual y reproductiva, programa nacional de salud del niño/niña y adolescente, programa nacional de promoción y desarrollo de salud integral de los y las adolescentes, programa nacional de ITS-SIDA, comité nacional para la prevención y control de la mortalidad materna e infantil, comisión nacional de lactancia materna, violencia doméstica intrafamiliar y sexual. (2007:10-11).

Esta norma tiene dos elementos fundamentales que la distinguen. En primer lugar la incorporación del concepto de salud sexual, lo que traduce que lo reproductivo ya no es considerado como eje fundamental. El segundo elemento lo constituye la visión de género que de ahora en adelante debe incorporarse y transversalizar los planes y programas, e implica tomar en cuenta las desigualdades existentes entre mujeres y hombres a la hora de identificar necesidades de salud, definir prioridades, acceso a recursos y servicios, planes y programas de salud dentro de una concepción holística, donde deben incorporarse aspectos como: ciclos de vida, territorio social, cultura, etc. Dentro de este nuevo marco se considera la morbilidad diferencial que implica reconocer que hombres y mujeres enferman de

manera diferente, y tienen diferentes riesgos. La equidad de género y los derechos sexuales y los derechos reproductivos alcanzan rango constitucional.

La Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva está estructurada en tres tomos: el tomo I trata de los Lineamientos estratégicos; el tomo II corresponde al Reglamento técnico administrativo, y el tomo III al Manual de procedimientos, los tres relacionados con la promoción y el desarrollo de la salud sexual y la salud reproductiva. A los fines de su puesta en práctica y de atender de manera diferenciada las necesidades específicas de los grupos humanos la Norma ha sido estructurada en subproyectos y en áreas (Tomo I, p. 74-75). Los primeros se refieren a la salud sexual y reproductiva de acuerdo al ciclo de vida y comprende: infancia, adolescencia, adultez y vejez, y las segundas corresponden a: Salud Ginecológica, Preconcepcional, Prenatal y Perinatal, Planificación Familiar, Climaterio y Menopausia, Urología y Andropausia, Violencia Doméstica Intrafamiliar y Sexual.

En relación a la etapa de adultez y al área de climaterio y menopausia el Reglamento Técnico Administrativo de la Norma (Tomo II, p. 55) establece los siguientes lineamientos: garantizar una atención integral ajustada al nivel de atención; evaluar los factores de riesgo y factores protectores; registrar la información estadística; desarrollar actividades de educación, información y comunicación dirigidas a la mujer, su familia y su comunidad; asegurar el acceso a la educación e información apropiada y servicios de calidad para la prevención, diagnóstico y tratamiento o referencia oportuna. El Manual de Procedimientos (Tomo III) en relación a la Atención de las mujeres en climaterio, tiene como objetivo general el garantizar una atención integral a la mujer y a su pareja, atención dirigida a mejorar su calidad de vida al disminuir o anular los efectos de patologías cardiovasculares y óseas, fundamentalmente.

A fin de cumplir lo anterior, el manual establece los factores de riesgo que deben ser tomados en cuenta: físicos, neurovegetativos, psicoafectivos y sexuales; el número de consultas por mujer al año en el primer año y en los años sucesivos en la etapa perimenopáusica o postmenopáusica; las actividades a ser desarrolladas durante la primera consulta y consultas sucesivas; la terapia hormonal sustitutiva y otros tratamientos y finalmente los Indicadores de Rendimiento referidos al número de mujeres en climaterio atendidas, estudios anatomopatológicos y resultados, estudios de laboratorio e imagenológicos realizados y resultados, números de mujeres tratadas con terapia hormonal y su resultado, número de mujeres diagnosticadas y tratadas por osteoporosis y resultados; número de mujeres referidas a atención psicológica y social; número de mujeres referidas a programas y proyectos de salud sexual y reproductiva.

La Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva aunada a los Derechos Humanos consagrados en la Constitución Nacional de 1999 representan profundos cambios conceptuales y procedimentales en las políticas sociales y de salud dirigidos a garantizar el pleno derecho a la salud y a la calidad de vida, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres, en efecto, con la aprobación, mediante referéndum, de la Constitución de la República Bolivariana en 1999, la situación de desventaja de las mujeres ha ido cambiando progresivamente.

Con este marco legal y normativo, las mujeres están habilitadas para ser sujetas activas en la construcción de una sociedad más igualitaria donde impere la equidad y la justicia social, donde la autonomía y la capacidad de decisión sobre sus propios cuerpos sea plena, sin sesgos, sin cortapisas. En tal sentido es necesario que conozcan en profundidad estos textos legales que conforman el marco, la base sobre el cual pueden conseguir la solución de sus diferentes problemas, entre ellos el aborto y su

despenalización, la aceptación de la diversidad sexual, la aceptación de otros tipos de familia diferentes a la familia heterosexual consagrada en el artículo 77 de la Constitución Nacional de 1999 a partir del matrimonio heterosexual, la creciente violencia doméstica y sexual, la alta morbilidad materna e infantil, los niveles crecientes de embarazo en adolescentes (mal llamado embarazo precoz), abuso y explotación sexual de niños, niñas y adolescentes, alta mortalidad por cáncer cervicouterino, mama y próstata, y niveles crecientes de muertes violentas generalmente en personas jóvenes.

Finalmente es importante traer a colación las palabras de María Isabel Plataquien expresa “El goce y el ejercicio de los derechos reproductivos de la mujer y sus libertades fundamentales, serán un hecho universal cuando las mujeres en todas partes puedan tomar sus propias decisiones acerca de su fecundidad y su sexualidad. Las mujeres necesitan información y servicios adecuados, pero también requieren nuevas políticas acerca de salud reproductiva” (1997:515).

Capítulo 3

REPRESENTACIONES SOCIALES. CONOCIMIENTO DE SENTIDO COMÚN.

ORÍGENES DEL CONSTRUCTO TEÓRICO.

El origen de las representaciones sociales como conocimiento del sentido común podemos encontrarlo en la antigüedad clásica a través de las concepciones precuantitativas de Platón (427 a 348 a. C). Platón planteaba un enfoque formalista y abstracto para conocer la realidad y un acercamiento más correlacional entre el ser y el conocer. Por su parte, Aristóteles (384 a 322 a. C) defendía un acercamiento más sustantivista y sensible-empírico a la naturaleza cambiante de las cosas y donde el conocimiento se podía conseguir mediante la aplicación de la inducción y la observación. Tanto Platón como Aristóteles determinaron gran parte del corpus del pensamiento occidental y de lo que hoy conocemos como conocimiento del sentido común. Para la época en que vivieron estos dos grandes filósofos ya se conocían las diferencias entre el saber de sentido común y el saber de carácter científico, tal como lo expresa Couto (2010).

El termino representación es posible rastrearlo desde Aristóteles cuando se refiere a la fantasía intelectual o sensible. Los estoicos hacen mención a las impresiones directas e indirectas. Los escolásticos señalan la presentación interna o externa de un objeto intencional o representativo. Uno de los filósofos que más impulsó el término representación fue Immanuel Kant (1724-1804) para quien toda nuestra experiencia concierne a representaciones y no a las cosas en sí misma. Para Kant el problema de la representación radicaba en que no podía explicar el mundo en su totalidad, sino tan solo el fenómeno. Otro elemento a considerar según este autor, es el movimiento que encierra la representación. Ella comienza cuando el mundo se hace imagen y es el hombre como sujeto quien representa, quien dice algo sobre el mundo bajo sus propios términos, no bajo los términos del objeto representado. En opinión de González "...desde Kant, el término representación ha quedado atrapado en una intrincada dialéctica filosófica, identificado con imágenes y contenidos sensoriales asociados a un sistema deductivo formal" (2005:137).

REPRESENTACIONES SOCIALES. UNA TEORÍA EN PERMANENTE CONSTRUCCIÓN.

Las representaciones sociales han sido enfocadas desde diferentes corrientes del pensamiento. En tanto tal, tienen un carácter polisémico; lo cual representa una ventaja en vez de una falla. Para Heidegger, citado por Lefebvre (1983:19), la representación es como un reflejo, es el doble o el redoble, la sombra o el eco de una presencia perdida. La representación es en consecuencia, presentación, pero debilitada y aun oculta. En la representación se despliega el siendo y no el ser. Para Hegel (1770-1831), citado por el mismo autor (1983:20), la representación es una etapa, un nivel, un momento del conocimiento. Es preciso pasar por ella, para salir de ella superándola. Para el propio Lefebvre “las representaciones no pueden pasar solamente por alteraciones de lo real y de lo verdadero, el modo de existencia de ellas sólo se concibe tomando en cuenta las condiciones de existencia de tal o cual grupo, pueblo o clase, representan la figura, la imagen que un grupo da de sí...” (1983:60).

Por su parte Córdoba (1995) refiere que las representaciones sociales son:

Una herramienta para la comprensión, la interpretación y significación de la práctica de los actores...comprenden un espacio de mediación fundamental entre los sujetos sociales y el sistema socioestructural puesto que a través de ellas, los hombres desestructuran la realidad social y construyen los fundamentos de su propia subjetividad(103-104).

Las representaciones también han sido abordadas por la psicología, dentro de sus estudiosos mencionamos a Wilhelm Wundt (1832-1920). Este autor, se dedicó a estudiar la diferencia entre lo individual y lo colectivo desde el punto de vista del contenido de la conciencia, encontró que lo individual está al alcance de la conciencia y por tanto puede ser estudiado en el laboratorio por métodos experimentales, mientras que los fenómenos colectivos son externos a la conciencia individual y por

tanto no pueden ser estudiados por métodos experimentales sino que deben ser abordados en el contexto social y con métodos distintos (Couto, 2010).

Entre los psicólogos es necesario nombrar además a Jean Piaget (1896-1980) y a Lev Vygotsky (1896-1934). El primero, logró explicar la noción de representación social dentro de los procesos de desarrollo del pensamiento y los sistemas simbólicos en los que el lenguaje juega primordial importancia como punto de partida para la construcción de la representación. Esta representación se refiere a la construcción del universo de lo real que atraviesa todo el desarrollo del pensamiento y que depende de la relación establecida entre los procesos de asimilación y acomodación (Couto, 2010).

Por su parte, Vygotsky interpreta las representaciones desde un punto de vista lingüístico y en relación con el pensamiento y los sentidos en una interacción compleja entre las esferas cognitiva y afectiva del individuo y de éste con su cultura. Para este autor la realidad es un sistema codificado por el lenguaje. El pensamiento y el lenguaje presentan una interacción flexible para representar la realidad.

Dentro de los grandes sistematizadores de las representaciones sociales no podemos dejar de nombrar a Emile Durkheim (1888-1917) quien acuñó el término de representaciones colectivas y las diferenció de las representaciones individuales. Determinó que lo colectivo no podía reducirse a lo individual, además, introdujo el término de conciencia colectiva definiéndola como “el conjunto de creencias y sentimientos comunes al término medio de los miembros de una sociedad.... forma un sistema social que tiene vida propia... existe únicamente en los sentimientos y en las creencias presentes en las conciencias individuales... evoluciona de acuerdo con sus leyes y no es solo expresión o efecto de las conciencias individuales... es independiente de las condiciones particulares en que los individuos se encuentren...

es cosa muy distinta de las que las conciencias particulares, aunque sólo se realice en los individuos” citado por Aron (1976:26-27).

Para Durkheim (2004), la conciencia colectiva predomina sobre la conciencia individual a través de la coerción, la sanción, las creencias, las normas, el lenguaje y sus restricciones. Además, trasciende a los individuos y se puede visibilizar en las creencias, los mitos y en una infinidad de productos culturales colectivos. Según este autor, las representaciones colectivas son conceptos, categorías abstractas que son producidas colectivamente, las cuales forman el bagaje cultural de una sociedad. Son hechos sociales de carácter simbólico que no se reducen a la suma de las representaciones individuales.

Por su parte, Max Weber (1864-1920) recurrió al término estructura de conciencia, y recalcó lo subjetivo del fenómeno social, enfatizando el comprender el sentido que el propio individuo da a su conducta, para este autor, los hechos y la acción social nos van a permitir la comprensión desde el interior de la persona, contrariamente a Durkheim quien sostiene que la explicación viene desde el exterior, para comprender los hechos sociales hay que salir del individuo mismo por cuanto esos hechos son exteriores a ese individuo González (2005). En Weber el fenómeno social descansa en lo subjetivo, en consecuencia es imperativo interpretar y comprender el sentido que cada persona da a su conducta.

Las Representaciones Sociales constituyen una forma de conocimiento-pensamiento socialmente construido, compartido y práctico, orientado hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal Jodelet (1986). Un punto de confluencia en el que se conjugan los aspectos psicológicos (individuales) y sociales (grupales). El aspecto psíquico está representado por el proceso de elaboración y reelaboración del conocimiento y el aspecto social, por el contexto y las condiciones en el que ellas se dan, por la comunicación mediante las que circulan las

informaciones entre las personas o grupos poseedores de una determinada cultura, valores, códigos e ideologías relacionadas con su pertenencia a determinados grupos sociales. En este contexto, se puede considerar que cualquier tópico que estimule la discusión entre personas, que favorezca la aparición de posiciones encontradas, puede ser tomado como objeto de representación social tal como lo plantea Banchs (1999).

Uno de los elementos que más ha llamado la atención de los investigadores e investigadoras sociales es lo relacionado a la estructura y desarrollo de las Representaciones Sociales. En relación a su construcción, Moscovici y Hewstone (1986), plantean que en una primera etapa, los seres humanos aprendemos seleccionando los elementos de información que nos llegan del mundo exterior. En una segunda etapa, ponemos en práctica la capacidad de construir representaciones mediante una actividad mental en la que reproducimos de una modalidad a otra, palabras por imágenes, dibujos por ideas, emociones por conceptos.

Respecto a la estructura de la representación Jean Claude Abric (1976), citado por Rodríguez (2007:168) estableció que ellas estaban estructuradas por un Núcleo Central y un Sistema Periférico. El primero, definido como el elemento o conjunto de elementos que les confieren estructura y significación global. Es de carácter normativo y tiene como características principales, el relacionarse con la memoria colectiva e historia del grupo social en cuestión, definir la homogeneidad del grupo, y no ser muy sensible al contexto. Por lo tanto, el núcleo central se considera estable, coherente, y resistente al cambio. Tiene como funciones generar significado y determinar la organización de la representación. Este núcleo central se encuentra rodeado por el sistema periférico protector del núcleo y que tiene como características el permitir integrar experiencias individuales, historias pasadas, definir la heterogeneidad del grupo y ser sensible al contexto.

Entre las funciones del Sistema Periférico, Abric (2001), refiere que éste permite la adaptación a la realidad concreta y la diferenciación del contenido. Finalmente protege al núcleo central haciendo que las representaciones sociales puedan mantenerse en el tiempo, cambiando en la medida que el núcleo central sufra modificaciones, sobre todo por la influencia cada vez más marcada de los medios de información y comunicación social que con mucha frecuencia direccionan lo que se habla, como se habla, quienes lo hablan, por cuanto tiempo lo hablan, evitando de esta manera que las representaciones se conviertan en tradiciones. Otro factor que proporciona elementos formadores de las representaciones, son los cambios sociales que con cierta regularidad se presentan en nuestra sociedad como por ejemplo, los cambios de carácter socio-político.

El hecho de haberse reconocido la existencia de un núcleo central y un sistema periférico en la estructura de las representaciones, trajo aparejado al menos dos grandes acontecimientos: el primero relacionado con el cambio de la atención del contenido hacia la estructura u organización jerárquica; y por otro lado un nuevo concepto de representación social definida ahora como estructuras cognitivas jerarquizadas en elementos centrales y elementos periféricos.

Continuando con la estructura de las representaciones, Moscovici (1979) afirma que se conforman alrededor de tres ejes centrales denominados la actitud, que representa la orientación o disposición general, favorable o no, de la persona hacia el objeto de la representación. La información, se refiere a los conocimientos que tiene un grupo sobre un objeto social. La cantidad y la calidad de esa información puede variar dependiendo del origen de la representación y del acceso que tenga la persona a la misma. Finalmente el campo de representación, el cual designa a la imagen global indicando cómo se organizan los diferentes elementos de la representación alrededor de un núcleo figurativo. Este núcleo, representa la parte más estable de la representación y se forma a través de la objetivación y el anclaje.

Moscovici planteaba una nueva interrogante relacionada en saber cuándo un elemento es perteneciente al núcleo central o al sistema periférico de la representación. En tal sentido Abric (2001) establece que los elementos centrales o nucleares de la representación se caracterizan por su valor simbólico, por cuanto al ser alterados, modifican la significación de aquella, su valor asociativo, en el sentido de que un elemento de estos está directamente vinculado con la significación de la representación. Finalmente su valor expresivo relacionado con el número de veces que aparece dicho término.

De acuerdo a la opinión de Abric, la Teoría del Núcleo Central, no se presta para estudios de carácter cualitativo, lo cual es rechazado en cierto sentido por Rodríguez (2007) quien precisa el uso de la triangulación entre métodos cualitativos y cuantitativos para resolver ese inconveniente. Sin dejar de reconocer la dificultad que significa conocer la estructura y organización de una representación utilizando como estrategia el análisis de los discursos en los cuales las ideas, nociones, creencias o imágenes tienen el mismo estatus, nivel o relevancia.

Rodríguez (op. cit), recomienda para determinar la centralidad de elementos de las representaciones sociales desde el punto de vista cualitativo, el uso del concepto de Themata y el uso de los tres tipos de representaciones planteados por Moscovici: hegemónicas, emancipadas y polémicas las cuales darían origen a los contenidos con la misma denominación. En relación a los themata la autora señala que son conocimientos irreflexivos o inconscientes, escasamente cuestionados, constitutivos del núcleo central. Son aquellos prejuicios fundamentales de una índole estable y sumamente difundida, que no son directamente resolubles ni derivables a partir de la observación y del raciocinio analítico. No se ven pero si se sienten, son temas persistentes que tienen un `poder generador por la diversidad de contenidos

concretos. Son contenidos potenciales que provienen de la memoria colectiva y el lenguaje que a su vez impulsan la elaboración de contenidos reales.

El otro interesante elemento planteado a los fines de determinar la centralidad de los elementos de las representaciones desde el punto de vista cualitativo, lo constituye el tipo de representación. Estas representaciones han sido clasificadas por Moscovici como señalamos en: hegemónicas, emancipadas y polémicas. Las hegemónicas de carácter uniforme y coercitivo, prevalecen en las prácticas simbólicas y afectivas dando origen a contenidos o significados del mismo nombre. Estos contenidos son colectivamente compartidos, legítimos y menos susceptibles de discusión social, se hacen perceptibles en el discurso a través de enunciados afirmativos y descriptivos. Se asumen como naturales y su fuente de autoridad lo constituye la naturaleza.

Las representaciones emancipadas nacen de la circulación de conocimientos e ideas pertenecientes a subgrupos. Se correlacionan con contenidos o significados que legitiman la aceptación de ciertos contenidos culturales, emancipados, normativos o grupales. Son creencias y valores cuya fuente de autoridad es la sociedad o el grupo social. Finalmente, las representaciones polémicas expresadas como aceptación y resistencia, surgen en conflictos sociales. Dan origen a contenidos y significados polémicos y tienen la característica de ser discutidos abiertamente dentro del grupo social. Amenazan las regiones de la representación más sólidas en términos de reconocimiento, aceptación y legitimidad. Son conscientes y deliberados, contrarrestan la validez construida por los contenidos hegemónicos, así como, contenidos emancipados o normativos para hacer valer nuevos contenidos.

Sobre la base de la existencia de un núcleo central y elementos periféricos en la estructura de las representaciones Abric (1993), plantea el proceso de transformación de ellas e identifica tres procesos: La transformación de resistencia o superficial, como su nombre lo indica, los elementos que se transforman son los periféricos o

superficiales, la transformación progresiva en la que se da una transformación del núcleo central sin llegar a comprometer la integridad de la representación. Finalmente, la transformación total, las modificaciones afectan completamente al núcleo central debido a las acciones de personas y grupos sociales como se ha señalado, son influenciados severamente por los medios de información y comunicación o cuando ocurren grandes acontecimientos socio-culturales que transforman la sociedad como un todo.

Otra manera de ver el tema de la formación y estructuración de la representación social es apoyarnos en lo que dice Jodelet “toda representación social es representación de algo y de alguien” (1986:475). En tal sentido, la representación está conformada por un contenido (informaciones, imágenes, opiniones y actitudes, relacionadas con un objeto o hecho) y un par Sujeto-Sujeto (individuo, familia, grupo, clase). Para la investigadora en el proceso de formación de una representación se encuentran subsumidos dos subprocesos denominados objetivación y anclaje.

En *la objetivación*, se da una primera fase de selección - descontextualización de los elementos de la teoría en la que la persona en base a sus valores, creencias y pertenencia a un grupo social; selecciona y descontextualiza la información separándola del campo científico o no de origen y del grupo de expertos que la desarrollaron. Dando paso a una segunda fase en la que esa información o conceptos teóricos, contribuyen a *la formación de un núcleo figurativo* que facilita la comprensión de la información desde el punto de vista individual y relacional. Al ser considerados como ya adquiridos, pasan a ser elementos de origen científico los cuales se transforman posteriormente en realidad de sentido común, considerando lo que Jodelet denomina como fase de naturalización.

El segundo subproceso encontrado en la estructuración de las representaciones sociales lo constituye el anclaje. En otras palabras inserción de la representación

dentro de los esquemas de pensamiento de las personas y la integración cognitiva del objeto representado. A través del anclaje, se ponen de manifiesto el significado y la utilidad del nuevo conocimiento. Además, puede ser visto como una manera de asignar significado al objeto representado, de acuerdo a los valores con los que comulgan las personas que conforman un determinado grupo; expresando su conducta y su identidad a través del sentido que confieren a las representaciones.

Mediante el anclaje podemos darnos cuenta de cómo los elementos constitutivos de la representación además de expresar relaciones sociales, contribuyen a constituir las. El anclaje constituye una forma de inserción de la representación en el sistema de pensamiento ya existente, ya sea en lo individual como en lo social. Esto significa que la nueva información encuentra un terreno abonado en las creencias, valores, ideologías y representaciones presentes en las personas. Lo anterior produce una relación dialéctica entre el conocimiento viejo y el nuevo, favoreciéndose las modificaciones o confirmaciones de lo ya existente así como la modificación (acomodación), de la nueva información. De acuerdo a lo expuesto por Jodelet, conduce a cambios de pensamiento, actitud y conducta.

Al conjugar la objetivación con el anclaje, se articulan, según la citada autora las *tres funciones básicas de las representaciones* a saber: función cognitiva de integración de la novedad, función de interpretación de la realidad y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales. Dentro de estas funciones juega un papel fundamental la comunicación entre las personas y dentro de la comunicación, la conversación y el contexto en que ésta se desarrolla (cara a cara, o a través de medios de comunicación social). Además del contexto situacional del / la hablante Van Dijk(2000) incluye: las intenciones, los conocimientos y las opiniones de las personas todo lo cual es fundamental a la hora de hacer investigación relacionada con las representaciones sociales.

En relación con las funciones de las representaciones, Farr establece que: “ellas hacen que lo extraño resulte familiar y lo invisible, sea perceptible” (1986:503). Todo lo cual es posible a través de la conversación, de la que me serviré para estudiar la representación social del climaterio y la menopausia sobre la base de considerar a ese conocimiento como conocimiento del sentido común, compartido por un grupo de mujeres productoras de sentido y de significados. Dicho conocimiento inicialmente de origen científico, una vez integrado y asumido por el grupo social, debe cumplir su función de orientar las conductas de las personas quienes las comparten.

Otra manera de conocer las funciones de las representaciones sociales la exponen Wagner y Kromber (2001), citados por Rodríguez (2007:163), estos autores establecen que las representaciones coordinan al grupo, proporcionan una argumentación racional, favorecen el enfrentamiento simbólico de situaciones problemáticas, operan como un sistema de justificación, y favorecen la compensación del entorno. Esta cantidad de funciones, vinieron a ampliar la visión inicial de sus funciones planteadas en el trabajo original de Moscovici sobre el Psicoanálisis en el año 1961. En su trabajo asume las representaciones sociales como reelaboración ingenua del conocimiento científico. En los actuales momentos, todo lo que es de interés público puede ser considerado como generador de representaciones sociales.

Para que una representación social sea tomada como tal, debe cumplir ciertas exigencias entre las que se mencionan: deben referirse a un objeto social que despierte perspectivas conflictivas y cierto grado de consenso; que dicho objeto social revista importancia para la vida cotidiana de los/las sujetos/as, y que se establezcan en torno a él mensajes comunicativos, Kornblit (2000). Una vez constituida una representación social, debemos encontrar en ella los siguientes elementos: La información relacionada con lo que ya sabemos, la imagen emparentada con lo que vemos, las opiniones imbricadas con nuestras creencias y finalmente, las actitudes

que relacionamos con lo que sentimos. Todo ello, fuente que orienta la acción. Jodelet (1986).

Las representaciones sociales pueden ser estudiadas de acuerdo a la opinión de Banchs (2000) bajo un Enfoque Procesual. En este enfoque las personas son consideradas como productoras de sentido, al que se puede llegar mediante un abordaje hermenéutico centrado en el análisis de las producciones simbólicas, de los significados del lenguaje. Este enfoque puede llevarse a cabo bien sea utilizando métodos de recolección y análisis cualitativos de datos o mediante la triangulación de diferentes miradas. Esto con la finalidad de profundizar la obtención de conocimientos y disminuir los sesgos que tradicionalmente se le atribuyen a los métodos cualitativos. Lo anterior de carácter epistemológico, se complementa con el componente ontológico mediante el cual la naturaleza del objeto de estudio es un conocimiento del sentido común, versátil, diverso y espontáneo.

El segundo esquema propuesto por Banchs es el *Enfoque Estructural*, el cual centra su atención en la estructura de la representación. Estructura que puede ser estudiada mediante métodos experimentales o análisis multivariados y técnicas correlacionales. Desde el punto de vista de la naturaleza del objeto de estudio, se busca conocer los mecanismos cognitivos de constitución así como las funciones, dimensiones y elementos de la estructura cognitiva.

Rastrear, las representaciones sociales tomando en consideración lo hasta ahora planteado, implica penetrar al mundo interior de las actoras, tomando como vehículo el discurso expresado con las palabras y los gestos que le acompañan. Implica además interpretar dicho discurso tomando en cuenta el contexto sociocultural, todo esto con el propósito de develar lo subjetivamente construido en relación con el climaterio y la menopausia, desde una perspectiva de género.

Capítulo 4

La Metódica

“La necesidad de encontrar nuevos métodos y un nuevo concepto

de la investigación no será sentida sino cuando las mujeres que laboran en las universidades transformen las ciencias en instrumento contra la opresión y explotación de la mujeres y cuando se dispongan a modificar el estatus quo".
María Mies, 2002

UNA APROXIMACIÓN A LOS ESTUDIOS DE LAS MUJERES. INVESTIGAR CON LENTES DE GÉNERO

En esta tesis se comulga con la posición de Harding, quien plantea la necesidad de diferenciar los tres componentes básicos en toda investigación científica: el método, la metodología y la epistemología. En relación al primero expresa que “Un método de investigación es una técnica para recabar información” (2002:11). En tal sentido considera que existen tres técnicas para obtener la información: escuchar a las personas entrevistadas, interlocutoras o informantes; observar el comportamiento de esas personas, y examinar vestigios y registros históricos. En nuestro caso, el método que utilizamos fue la entrevista en profundidad acompañada de la observación del comportamiento de las informantes en el momento de la entrevista. Harding opina que las técnicas no son feministas sino que únicamente pueden serlo las maneras de usarlas. De acuerdo a esta afirmación, no existe un método feminista de investigación sino una metodología “feminista”, es decir, una teoría sobre los procedimientos que debería seguir la investigación y la manera de analizarlos o en palabras de De Sousa Minayo quien prefiere una conceptualización compleja de metodología referida a:

Una discusión epistemológica sobre el camino de pensamiento que el tema o el objeto de investigación requiere, la presentación adecuada y justificada de los métodos, las técnicas y de los instrumentos operativos que deben ser utilizados en la búsqueda relativa a los interrogantes de la investigación, la creatividad del investigador, su marca personal y específica en la forma de articular la teoría, métodos, hallazgos experimentales, observacionales o de cualquier otro tipo específico de respuesta a los interrogantes científicos. (2009:37).

El tipo de preguntas que se formularon, la manera en que se preguntó, se escuchó, y se observó el comportamiento de las informantes durante la entrevista tuvo como telón de fondo la explotación, la dominación, la exclusión, así como las condiciones de minusvalía, de naturalización de sus condiciones (hija, esposa, madre), y posicionamientos (en el espacio doméstico, subordinación), que las mujeres han enfrentado históricamente, en tal sentido compartimos la opinión de Ely Bartra quien afirma que:

El sujeto que va a emprender una investigación feminista no observará la realidad de la misma manera que una persona insensible a la problemática de la relación entre los géneros... las preguntas que se planteará desde su ser, su sentir, su pensar no pueden ser iguales, serán necesariamente diferentes en la medida en que estarán contemplando la subordinación de las mujeres. (2002:151).

Respecto al componente epistemológico de la investigación, las feministas consideran que las mujeres son sujetos o agentes del conocimiento, al mismo tiempo afirman que: las epistemologías tradicionales tienen un marcado acento androcéntrico que niega la posibilidad de que las mujeres sean sujetos de conocimiento, lo que dificulta entender la participación de las mujeres en la vida cotidiana; la voz de la ciencia es masculina y la historia ha sido escrita por los hombres y desde el punto de vista de los hombres, en tal sentido, es bueno recordar las palabras de Poullain de la Barre cuando en el siglo XVIII alertaba sobre lo que los hombres escribían en relación a las mujeres “porque ellos eran y siguen siendo juez y parte” citado por De Beauvoir (1949:17).

A manera de crítica y como aportes de la investigación científica feminista, Harding (2002) expone que este tipo de investigación ha puesto al descubierto el sesgo androcéntrico de la investigación social tradicional al plantear problemas de

investigación desde la perspectiva de las experiencias sociales de los hombres, perspectiva que en la mayoría de los casos se contrapone a la de las mujeres. La perspectiva feminista de investigación científica tiene, en opinión de la autora antes mencionada, tres rasgos distintivos: 1. Nuevos recursos empíricos y teóricos, representados por las experiencias feministas; 2. Nuevos propósitos para la ciencia social, visibilizar las mujeres, y 3. Nuevo objeto de investigación, colocar a la persona investigadora en el mismo plano crítico que el objeto explícito de estudio. El primer rasgo distintivo en que define la problemática desde la experiencia femenina puede considerarse el más importante si tomamos en cuenta lo expresado por Harding quien precisa:

Reconocer la importancia de las experiencias femeninas como recurso para el análisis social tiene implicaciones evidentes para la estructuración de las instituciones sociales, de la educación, de los laboratorios, las publicaciones, la difusión cultural y el establecimiento de agencias de servicio; en suma, para la estructuración de la vida social en su totalidad.....son las mujeres quienes deben revelar por vez primera cuáles son y han sido las experiencias femeninas. (2002, p. 21)

Otra característica distintiva de la investigación feminista es que como investigación social, al centrarse en la experiencia de las mujeres, se constituye en una investigación diseñada a favor de las mujeres, es decir, los objetivos que se trazan deben estar en consonancia con la identificación y esclarecimiento de los problemas por ellas planteados y por supuesto, con la puesta en práctica de las soluciones a que haya lugar. El tercer rasgo característico expuesto por Harding, es que la persona encargada de la investigación se coloque en el mismo plano crítico que el objeto explícito de estudio, lo que quiere decir que las características de la persona investigadora tales como género, clase, raza, cultura, creencias, preferencias políticas, religiosas, sexuales, presupuestos respecto al género, la manera como dicha persona entiende que todo lo anterior haya influido, o pueda influir en el proyecto de

investigación no quede escondida detrás de la investigación, de esta manera la persona que investiga “se muestra no como la voz invisible y anónima de autoridad, sino como la de una persona real, histórica, con deseos e intereses particulares y específicos, capaz de moldear los resultados” (2002:25),demostrándose de esta manera que ni la investigación ni los/las investigadores/as son neutros/as, tal como lo pretenden los ejecutores de la investigación con enfoque cuantitativo.

Para De Barbieri (2002) la investigación feminista se caracteriza porque no establece jerarquías entre la persona que investiga y la o las personas investigadas o informantes, la subjetividad de ambas personas debe reconocerse y estar presente en todas las fases de la investigación. Para esta autora “no hay una ética particular feminista ni normas que caracterizan la investigación. Lo que existen son principios fundamentales de respeto y salvaguarda de la libertad y dignidad humanas, que es necesario adecuar en todas las actividades que realizamos...” (2002:125).

En el presente capítulo se deja bien claro, la organización metodológica de la investigación. Se detalla cómo se efectuó el estudio, el cual se fue construyendo en la medida en que se iban desarrollando las actividades e integrando técnicas.

En concordancia con lo antes expuesto, el modelo más apropiado, y afín para el progreso de la presente investigación, fue la investigación cualitativa. De esta manera, partiendo desde la realidad existente, y con el abordaje cualitativo, se analizó la naturaleza de las representaciones sociales que sobre el climaterio construyen un grupo de mujeres que asisten a un centro de salud público, todo ello desde la perspectiva de género para generar un conocimiento que permita comprender su comportamiento y sus diferentes manifestaciones en el contexto socio-cultural de nuestra sociedad.

Desde este punto de vista, para Martínez “el conocimiento será siempre el resultado o fruto de una interacción dialéctica, de un dialogo entre ambos componentes: imagen o estímulo físico de la realidad exterior y contexto personal interior, objeto y sujeto” (2006: 43). De tal manera que, el conocimiento es producto de esa interacción entre lo observado en el mundo exterior y lo interpretado en mundo interior de la persona. Entanto tal no hay cabida para una orientación positivista, donde la realidad es considerada acabada y plenamente externa y objetiva. Es por ello que esta posición epistémica, en opinión de Martínez, “exige la aplicación de un enfoque estructural – sistémico y dialectico, en el cual cada elemento no solo se define por lo que es en sí mismo, sino, por su red de relaciones con todos los demás” (2006:46).

Como bien queda expresado, el presente trabajo se enmarca en el paradigma de la investigación cualitativa, la cual es definida por Denzin y Lincoln (1994) citados por Vasilachis (2006) como un tipo de investigación que indaga en situaciones naturales (sociales), interpreta las acciones, los pensamientos y sentimientos como parte de la experiencia vivida tomando como sustrato el significado que las personas les asignan. Para Córdova (1995:157-158)), la experiencia vivida es:

La experiencia social de unos agentes sujetos que viven en relación con los otros unas actividades y unos destinos que van más allá de las relaciones cara a cara y de las relaciones de clase...alude a un conjunto de prácticas sociales, de actividades individuales que expresan representaciones y mediaciones de la realidad social; que revelan sistemas de creencias y hábitos ampliamente interiorizados en el imaginario cultural que guardan íntima conexión con sistemas de valores propios de la cultura y que permiten la formulación de juicios, opiniones y actitudes que son base de la reproducción social o vías de criticidad subversiva del orden social dominante.

En el estudio de la experiencia vivida, entendida como un proceso de narración de lo vivido por parte de las actoras, Córdova (1995) afirma que es necesario tomar en cuenta tres elementos: *el eje de significación*, que relaciona lo vivido con el sistema

de prácticas de esas/os actoras/es; *los contextos* referenciales de lo vivido en los planos individual y social, y *los espacios de mediación*, donde se articulan la experiencia social de las actoras y los espacios sociolingüísticos, los cuales permiten una conciencia cognitiva y práctica, que las capacita para administrar, negociar, racionalizar, gestionar y ser competentes para trascender y comprender su propia actividad personal y social.

Esta tesis, parte, en principio, del mundo social de las actoras el cual se constituye a partir de significados y símbolos; elementos que son necesarios rastrear para conocer lo subjetivamente construido. Las actoras y el contexto no se consideran variables sino componentes de un todo interactuante, en el que el lenguaje en sus diferentes manifestaciones tiene gran relevancia para la comprensión e interpretación de los significados.

Vasilachis (2006), plantea que la fuerza de la investigación cualitativa es la habilidad que tiene para centrarse en la práctica in situ, observando cómo las relaciones son realizadas rutinariamente. El propósito de la investigación cualitativa se concreta en identificar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan las informantes, para lo cual es necesario que el/la investigador/a tengan un adecuado conocimiento del comportamiento humano y del objeto de investigación.

Para De Sousa Minayo, la investigación cualitativa es “la investigación que incorpora y evalúa el significado y la intencionalidad como cuestiones inherentes a los actos, las acciones, las relaciones y las estructuras sociales, entendidas éstas como construcciones humanas significativas” (2009:20). Para esta autora el significado constituye el concepto central junto con lo cotidiano y las experiencias subjetivas de sentido común, por otro lado, la investigación cualitativa debe ser contextualizada en el sentido de: tomar en cuenta las diferentes formas de ver y enfrentar la realidad; el

origen y la historicidad de los hechos sociales, de los grupos e individuos que están siendo estudiados; los espacios formales de la política y la economía como elementos que influyen el pensamiento y la acción de individuos y grupos sociales; considerar espacios para la crítica y el consenso, la subordinación y la resistencia, espacios que se dan en lo público y lo privado, en el hogar y en la fábrica; finalmente, la investigación debe ser objetiva en el sentido de reconocer la complejidad del objeto de las ciencias sociales; analizar críticamente el conocimiento acumulado en el proceso de investigación, utilizar las técnicas y procedimientos que le permitan el reconocimiento de conceptos y categorías a ser analizadas y codificadas para poder llegar a la construcción de teoría.

Para Cook y Reichart (1986), la investigación cualitativa permite comprender la conducta humana, orientada al descubrimiento, la exploración y la descripción. A través de la tesis doctoral se pretende lograr una aproximación a las representaciones sociales que sobre el climaterio, tienen un grupo de mujeres que están pasando por esa etapa de la vida.

En relación a la estructura de la investigación cualitativa, Strauss y Corbin (2002) identifican tres componentes básicos: *los datos*, que pueden ser recogidos por diferentes vías como las entrevistas, las observaciones, documentos, registros y películas. *Los procedimientos* necesarios para organizar e interpretar los datos también llamado codificación y el tercer componente, corresponden a *los informes* escritos y verbales. La codificación, según Strauss y Corbin incluye los procesos de conceptualización y reducción de datos, la elaboración de categorías basándose en las propiedades y dimensiones de los datos, y finalmente el proceso de relacionar la información con todo el sustrato epistémico que sirve de fundamento a los procesos semióticos.

Con el propósito de interpretar lo subjetivamente construido por las mujeres en climaterio, en la presente tesis doctoral echamos mano de la hermenéutica, definida por Dilthey (1900) como “el proceso mediante el cual conocemos la vida psíquica con la ayuda de signos sensibles que son su manifestación”, citado por Martínez (2006).

Desde esta perspectiva de lo subjetivo, para algunos autores como Habermas (1998), la hermenéutica propicia la intersubjetividad de la comprensión comunicativa en tanto que ésta, dentro de la comunidad social, permite la interpretación de los significados culturalmente objetivados.

De acuerdo a Martínez, la hermenéutica tiene como misión “Descubrir los significados de las cosas, interpretar lo mejor posible las palabras, los escritos, los textos, los gestos y, en general el comportamiento humano, así como cualquier acto u obra suya, pero conservando su singularidad en el contexto del que forma parte” (2006:102).

El arte de interpretar para Gadamer (1996), tiene que ver con lo incomprensible y con la incomprensión y es sinónimo del conocimiento del individuo en muchos ámbitos de la ciencia y en todas las esferas de la experiencia con el prójimo. A través de la hermenéutica se elabora una conexión entre el ser y el lenguaje. La comprensión implica necesariamente la forma del lenguaje como agente existencial mediador de la experiencia hermenéutica.

La hermenéutica permite interpretar las representaciones sociales, que sobre el climaterio, construyen un grupo de mujeres, que están pasando por ese proceso biológico y biográfico. Es necesario encontrar los significados que dichas mujeres le den al climaterio y a la menopausia. La mejor ayuda para una adecuada interpretación de los significados es utilizar estrategias y procedimientos en el terreno, que permitan

captar los gestos, los giros de entonación de las palabras, las actitudes, las intenciones: en otras palabras, lo simbólico subyacente.

De allí que para Gadamer “Comprender lo que alguien dice, es ponerse de acuerdo en la cosa, no ponerse en lugar del otro y reproducir sus vivencias”, más adelante expresa: “El lenguaje es el medio en que se realiza el acuerdo entre los interlocutores y el consenso sobre la cosa” (2005:461- 462).

ITINERARIO METODOLÓGICO. DIBUJANDO LA TRAVESÍA.

UNIDAD DE ANÁLISIS. LAS INFORMANTES CLAVES. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

La escogencia de las actoras-informantes como unidad de análisis es de gran importancia, ya que de su selección dependerá en gran parte el éxito de la investigación. La selección de las actoras informantes que formaron parte del estudio se realizó mediante el muestreo intencional o muestreo basado en criterios, en tal sentido Martínez expresa lo siguiente:

Se elige una serie de criterios que se consideran necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación. Por ello, se eliminan los casos muy peculiares o atípicos,.....se procura que la muestra represente lo mejor posible los subgrupos naturales.....el enfoque cualitativo no tiene pretensiones de alta generalización de sus conclusiones, sino que, más bien, desea ofrecer resultados y sugerencias para instaurar cambios en una institución, en una empresa.... (2006:86).

Las actoras-informantes conformaron un grupo de mujeres que cumplieron los siguientes criterios de selección: residir en el Distrito sanitario Eje de La Costa que comprende los Municipios Juan José Mora (Morón) y Puerto Cabello, tener edades comprendidas entre los 40 y los 55 años, haber tenido menopausia fisiológica o estar en etapa de perimenopausia, haber tenido hijos/hijas, asistir a la Consulta de Climaterio y Menopausia del hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello. Este es un hospital tipo III que cuenta con un postgrado asistencial en ginecología y obstetricia y además es sede del Departamento Clínico Integral de La Costa dependiente de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo, Sede Valencia.

El grupo de actoras informantes se dividió en dos grupos: mujeres que se encontraban en la primera fase del climaterio, es decir, en lo que se conoce como premenopausia con edades comprendidas entre cuarenta y cincuenta años, y un segundo grupo conformado por dos mujeres que se encontraban en la segunda fase del climaterio, también conocida como postmenopausia con edades mayores de cincuenta años.

El resguardo de la intimidad, la confidencialidad y el anonimato de la entrevistada y el contenido de la entrevista, quedaron garantizados. Se diseñó un consentimiento informado, el cual fue dado a conocer a las mujeres antes de iniciar la entrevista. En la entrevista nunca se utilizó el nombre de la persona entrevistada. A objeto de saber a quién correspondía la entrevista se utilizó una clave por parte del investigador. El contenido de la entrevista fue borrado después de hacer la transcripción. Finalmente, el acceso a los datos es exclusivo del investigador y el uso de los mismos fue para el trabajo de investigación y para retroalimentación con las actoras-informantes.

RECOLECTANDO LA INFORMACIÓN.

Previo a la recolección de la información, se realizó un proceso de sensibilización de las actoras-informantes en el cual se les informó el sentido, la

importancia y la confidencialidad de la investigación. La recolección de la información efectuada mediante La Entrevista en Profundidad, realizada en el mismo espacio donde funciona la consulta de climaterio y menopausia y en horas de la tarde con la presencia del entrevistador y la actora informante; se complementó con grabaciones y notas de campo como medios de apoyo en la recolección de la información. La información recabada se transcribió a fin de proceder a la codificación. Entendemos con Harding (2002) que un método de investigación es una técnica para recabar información o una manera de proceder para recabarla, en nuestro caso utilizamos como técnica la entrevista en profundidad acompañada de la observación.

La entrevista en profundidad en opinión de Alonso es “una conversación entre dos personas, entrevistadora y entrevistada, dirigida y registrada por la persona entrevistadora con el propósito de generar un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental de la persona entrevistada sobre un tema definido en el marco de la investigación” (1998:228). La entrevista en profundidad se utilizó para obtener información sobre cómo las actoras-informantes actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales. La entrevista de investigación en profundidad se sitúa en el campo experiencial, de la conducta (el hacer), en el campo lingüístico (el decir) y además en el campo intermedio donde se despliega la entrevista.

El proceso de recolección de la información debe ser lo más completo posible, en tal sentido, es necesario considerar los signos verbales como no verbales, estos últimos a través de los códigos propuestos por Argyle (1983), citado por Sierra (1998): *el contacto físico y la proximidad* entre la informante y el investigador; *la orientación corporal del investigador* en relación con la persona entrevistada en el sentido de que se mantenga una visión completa del campo que pueda facilitar la concentración de la entrevistada; *las inclinaciones y los movimientos corporales* que permitan una adecuada retroalimentación y en consecuencia el estímulo necesario para que la

entrevistada participe en la conversación; *la expresión facial* que permita conocer el estado de ánimo y la apreciación afectiva de lo expresado por la entrevistada lo cual permite profundizar los aspectos aportados en la verbalización; *los gestos* que estrechamente vinculados con *el habla* contribuyen a regular y administrar la conversación; *la postura de la entrevistada*, la cual está frecuentemente relacionada con actitudes tales como: la amistad, la hostilidad, la superioridad y la inferioridad; *el contacto visual* que debe propiciar el diálogo conversacional de tal manera que la persona entrevistada sienta que la información aportada está siendo tomada en cuenta por parte del investigador; *los aspectos no verbales de la palabra*, indicativos del origen y nivel cultural de la hablante. Estos aspectos no verbales de la palabra incluyen la entonación, el volumen, los errores de pronunciación, el acento, y la velocidad del habla.

La importancia de los aspectos no verbales o para textuales en la conversación la refiere Sierra cuando expresa: “estos códigos y su adecuado manejo constituyen el núcleo central de la técnica de la entrevista”, más adelante encontramos, “...siendo los elementos connotativos y/o afectivos de la comunicación los que nos proporcionan un tipo de información más fiable en torno al modo de pensar y sentir que tiene el entrevistado” (1998:290-291). En la conversación, que tiene un carácter dinámico, ocurren cambios en la estructura cognitiva, en las motivaciones, en las actitudes, y en las relaciones afectivas de las personas intervinientes, estos cambios pueden ser detectados a través de los códigos no verbales que pueden dar cuenta de las contradicciones o congruencias entre el nivel consciente racional y la intencionalidad latente del discurso, esto último definido como el contexto del hablante, Van Dijk (2000).

La recolección de información mediante la conversación entre actrices-informantes e investigador implica un proceso de comunicación en el que este último recibe información directa sobre la experiencia vivida y la visión que tienen ellas sobre el

tema en estudio, en nuestro caso, las representaciones sociales sobre el climaterio y la menopausia. Por parte del investigador implica una auténtica intención de comprender a la otra persona en su propio lenguaje y descubrir su universo subjetivo. En opinión de González (2005), es ir más allá de una simple recolección de datos, es contextualizar la información recabada y darle coherencia dentro de unas coordenadas socio-estructurales y socio-simbólicas para que dicha información, y en consecuencia la investigación, tenga pertinencia social.

En opinión de la autora antes mencionada, la entrevista debe ser modificada en la medida que aparezcan temas no previstos y que aparecen con relativa frecuencia e importancia durante el desarrollo del proceso investigativo, por otro lado, la unidad de significación no viene dada por la suma de respuestas de cada persona como si fuera una serie estadística, sino que viene dada y construida por significados que conforman una lógica propia del grupo de estudio.

La entrevista entre la persona que hace la investigación y la o las personas a ser entrevistadas como informantes, interlocutoras o actoras, es necesario que se haga bajo una “Guía de Entrevista” conceptualizada como una breve descripción del objeto de investigación que facilita la orientación y la profundización de la comunicación de la persona entrevistada respecto al objeto investigado. Esta guía, en opinión de Sousa Minayo (2009) presenta las siguientes características:

1. Están formadas por un listado de temas que facilitan y orientan el desarrollo de la entrevista.
2. Todo lo que se hable debe tender a delinear el objeto de investigación, es decir a darle forma y contenido.
3. Debe facilitar la comunicación y la participación del/la entrevistado/a.
4. Debe facilitar la emergencia del sentido, la intencionalidad, la visión y los juicios de los/las entrevistados/as.

5. Debe orientarse a comprender el punto de vista de los/las actores/as sociales como sujetos/objeto de investigación.
6. Debe facilitar la emergencia de nuevos temas durante el trabajo de campo.
7. Toda guía puede y debe ser modificada en la medida que aparezcan temas no previstos y que aparecen con relativa frecuencia e importancia durante el desarrollo del proceso investigativo.
8. La unidad de significación no viene dada por la suma de respuestas de cada persona como si fuera una serie estadística, sino que viene dada y construida por significados que conforman una lógica propia del grupo de estudio.

En total se realizaron 12 entrevistas a cuatro mujeres, tratando delimitar el punto de saturación de la información. Strauss y Corbin definen el punto de saturación o saturación teórica como “punto en la construcción de la categoría en el cual ya no emergen propiedades, dimensiones o relaciones nuevas durante el análisis” (2002:157). Esto significa que la categoría en cuestión está bien desarrollada en términos de sus propiedades y dimensiones, las relaciones entre las diferentes categorías están bien conformadas, no aparecen nuevos datos emergiendo en la categoría.

SISTEMATIZACIÓN, CATEGORIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DISCURSOS.

Las entrevistas fueron trabajadas con especial atención cuidado. Strauss y Corbin (2002:39) nos alumbran el camino cuando definen la sensibilidad y la objetividad como “la capacidad de escuchar las palabras de las entrevistadas y darles una voz independiente de la del investigador” necesarias para alcanzar una interpretación lo más imparcial y correcta de los acontecimientos, ideas, modos de actuar de las entrevistadas y “capacidad de responder ante los sutiles matices y clases

significativas de los datos. Reconocer las conexiones entre los conceptos, obligó a la puesta en práctica de una serie de pasos que condujeron a la construcción de teoría; propósito fundamental de toda investigación cualitativa, en nuestro caso, teoría sobre la representación social sobre el climaterio con perspectiva de género. Los pasos en cuestión y siguiendo a González (2005) fueron los siguientes:

1. Transcripción de las entrevistas conservando todo lo aportado por la actora informante tanto desde el punto de vista del lenguaje verbal como no verbal o para textual. Además de lo anterior se reportó el lugar, fecha, hora, y duración de la entrevista. Antes de pasar al segundo paso, las transcripciones se leyeron varias veces.

2. Limpieza o Barrido del Discurso el cual consistió en eliminar las palabras o expresiones que consideré irrelevantes o repetitivas, que no agregaban nada nuevo al discurso, situación conocida como punto de saturación.

3. Ordenación de las Transcripciones con la finalidad de conseguir un discurso relevante y coherente.

4. Codificación o Categorización del Discurso. La codificación es definida por Strauss y Corbin (2002:3) como “proceso analítico por medio del cual se fragmentan, conceptualizan e integran los datos para formar una teoría”, y comprende las codificaciones abierta, axial y selectiva. Para este trabajo doctoral seleccioné la codificación axial que explicaré más adelante.

5-Análisis y Resumen Final, giro hermenéutico que incluye teoría-práctica-teoría en donde el componente socio-simbólico o mundo vivido se relaciona con el componente socio-estructural en el que se dan las interacciones entre mujeres y hombres. En opinión de González (2005) en esta relación dialéctica, se pone a

prueba la capacidad creativa y la capacidad del investigador/a para conectar ambos mundos. El análisis de los datos- extraídos de las entrevistas, tuvo como propósito reducir, categorizar, clarificar, sintetizar y comparar la información con la finalidad de obtener una visión completa de la realidad en estudio. La reducción de los datos facilitó el manejo, comprensión y la categorización de ellos con el propósito de desarrollar comparaciones y posibles contrastes para lo cual fue necesario ordenarlos y clasificarlos de acuerdo a sus propiedades y dimensiones. Este paso además permitió un nuevo contacto entre investigador y las actoras-informantes quienes recibieron información sobre el producto de investigación.

Para la presente tesis doctoral, escogí la Codificación Axial, por temáticas o por categorías la cual deriva su nombre en cuanto que el proceso de codificación se da alrededor del eje de una categoría, y relaciona categorías a subcategorías siguiendo las líneas de sus propiedades y dimensiones para ver cómo se entrecruzan y se relacionan. Con González (2005) continuaremos sus pasos en el desarrollo de la codificación axial a saber:

1. Elaboración del Corpus de Análisis, lo cual implica ordenar los temas y preparar fichas, elaborar categorías, seleccionar las expresiones claves y hacer inventario de términos.
2. Preparación de Matrices de Análisis para poner en evidencia los olvidos, los gestos, las tensiones y contradicciones y las estructuras dominantes.
3. Organización Categorical o Corpus Temático proceso circular que permite conectar lo general con lo particular, lo objetivo con lo subjetivo, para regresar a la totalidad del discurso (lo socio-simbólico), y contrastarlo con lo socio-estructural a objeto de contextualizar el análisis. La importancia de este corpus temático radicó en que nos permitió reconocer las representaciones sociales en los discursos de nuestras actoras informantes, a la luz de unas determinaciones socio-históricas y socio-simbólicas, a la luz del mundo vivido por ellas y el mundo estructurado donde se han dado esas

vivencias; dos caras o planos constitutivos de la realidad definidas por Córdoba (1995) como contexto socio-simbólico y contexto socio-estructural. Estos dos planos facilitaron el poder rastrear las representaciones sociales que sobre el climaterio construyen las mujeres que participaron en el estudio.

Una vez construidas las categorías, fue necesario proceder a la interpretación de lo cualitativo, tomando como fundamento la objetividad y la sensibilidad. Se utilizó la Interpretación para buscar el significado que las actoras informantes le dan al climaterio y la menopausia, con la finalidad de interpretar el discurso y teorizar en consecuencia. La teorización “Es una construcción mental para lo cual no existen reglas de oro, no existen técnicas, es un proceso de descubrimiento, que requiere de la creatividad e imaginación” Martínez (2006:281).

Capítulo 5

CLIMATERIO. UNA MIRADA DESDE EL GÉNERO. DESANDANDO CAMINOS

Este capítulo, parte de la consideración del climaterio como una unidad compleja y multifactorial contraria a la visión unicausal propuesta por el modelo biomédico. A partir de esta postura se comenzaron a rastrear las representaciones sociales sobre el tema en referencia a partir de las actoras informantes. Entendiendo el climaterio como una totalidad psico-sociocultural y biológica, se llevó a cabo un proceso de desconstrucción de los discursos a fin de precisar lo simbólico construido en torno al climaterio.

Este análisis permitió hacer hermenéutica de los discursos apoyado en los aportes que brinda la teoría feminista (feminismo crítico); a fin de interpretarlas marcas ideológicas que afloran en la superficie textual. Las representaciones sociales rastreadas fueron estructuradas en dos grandes temáticas: climaterio como Enfermedad, climaterio y fin de la sexualidad, a fin de poder responder a los propósitos que orientan la tesis doctoral.

CLIMATERIO COMO ENFERMEDAD

A mí me dio de todo ni yo misma me aguantaba, yo creía que era la tensión, que estaba enferma del corazón, que me iba a dar una vaina...un infarto...sentía unos calores muy feos...como una candela...le tenía rabia a mi marido, lo rechazaba, no quería tener contacto con él...yo no era normal porque todo el día andaba enrabiá...a veces me daba aquel calorón y empezaba a sudar, me volteaba calladita para que mi marido no se diera cuenta y para que me pegara el aire en la espalda.... yo no sé por qué dicen que la mujeres no servimos cuando se nos va la regla, yo ahora es que sirvo chamo...después de que he asistido a la consulta de climaterio y menopausia todo ha vuelto a la normalidad...no he notado cambios en mi cuerpo ni siquiera me dejó un poquito de gordura...solos unas canas y una arrugas...pero a eso no le paro bolas.**Juana Alegría.**

Esta primera temática, Climaterio Como Enfermedad va a ser mirada a través de los siguientes aspectos: a) Climaterio y Manifestaciones; b) Sentido Común Construido;c) Climaterio. Construcción desde La Visión Médica; d) Climaterio y Acción Comunicativa; e) ¿Climaterio....un Tabú?

a) Climaterio y Sus Manifestaciones.

“A mí me dio de todo ni yo misma me aguantaba, yo creía que era la tensión, que estaba enferma del corazón, que me iba a dar una vaina...un infarto...sentía unos

calorones muy feos...yo no he notado ningún cambio en mi cuerpo, estoy igualita de flaca, ni siquiera me dejó un poquito de gordura” **Juana Alegría.**

“...la regla fue lo que más me afectó, los calorones ocasionales, los cambios de carácter, el agotamiento que siento al final del día y el menor deseo sexual...he notado que los senos se me han caído un poco, que estoy más gorda sobre todo en el abdomen y eso me preocupa” **Esperanza Victoria.**

“Los motivos que me llevaron a consultar fueron los calorones y la sudoración pero sólo de día, molestias que paulatinamente fueron desapareciendo espontáneamente...y de manera ocasional una ligera dificultad durante la relación sexual por presentar resequedad vaginal” **Mayra Alegría.**

“los trastornos del humor, a veces me deprimó...hoy quiero mañana no...la resequedad de vagina y de piel...he notado que se me han caído un poco los senos, la resequedad de la piel y sobretodo de la vagina, he aumentado algo de peso...me duele la columna y no puedo salir a caminar como me lo recomendó mi médico” **María Esperanza.**

b) Climaterio y Sentido Común Construido.

“Yo no sé por qué dicen que la mujeres no servimos cuando se nos va la regla....mi esposo y mis hijas me decían es que tú piensas mucho en enfermedades....no te hagas cosas en la mente hasta que el médico no te diga lo que es....anda con el médico para ver que te dice, para que te mande algo.....entonces mi esposo me dijo.... ah entonces estás viejita....” **Juana Alegría.**

“mi esposo, mi hijo y mis hijas sólo me manifiestan que mi carácter está imposible, que estoy menopausica, que estoy vieja...no les pongo cuidado porque yo no me siento

vieja ni lo estoydesde pequeña uno oye a las mujeres mayores hablar de eso, de los calzones, de las rabieta, de que si no puedes dormir.... que cuando estás menopáusicas sientes calzones, te pones rabiosa con el marido, con los hijos, que si la regla va y viene.... uno oye que a las mujeres se les va la regla y que por eso se ponen viejas y que no sirven.” **Esperanza Victoria.**

“...uno oye decir que las mujeres cuando les llega la menopausia se ponen viejas, achacosas y no sirven...yo a mis cincuenta y ocho años no me siento vieja ni lo estoy .La menopausia para mí no constituyó ninguna novedad por cuanto durante mis estudios supe lo que era, es más por internet uno consigue mucha información... yo estaba preparada para cuando me llegara. La información uno la obtiene con las amigas, con las compañeras de estudio, en internet y luego en la consulta de climaterio y menopausia... si uno está informada sobrelleva mejor las cosas” **Mayra Alegría.**

“...la gente dice que al tener la menopausia estás vieja, que ya no sirves....a mi mamá se le fue la regla a los 35 años...ella me decía que le dio de todo.... generalmente la menopausia y el climaterio la gente las usa indistintamente, en un principio yo también lo creía así, cuando uno busca en internet también encuentra confusión, cuando uno va a la consulta y oye los términos de climaterio y menopausia se da cuenta que son diferentes.....la información de la menopausia la he encontrado, además, en internet porque me preocupa mi sequedad vaginal, por el cambio de estado anímico, hoy quiero, mañana no... además, el insomnio cuando estoy muy estresada por el exceso de trabajo” **María Esperanza.**

“Yo no asocio climaterio y menopausia con vejez ni la pérdida de la menstruación con la pérdida de la juventud...envejecer es otra cosa...envejecer va por edad...yo creo que seré vieja como a los ochenta....la juventud se lleva en el espíritu” **Juana Alegría.**

“Yo no asocio climaterio con juventud ni con vejez, lo asocio con madurez, todavía no me ha llegado la menopausia, pero cuando me llegue habré perdido la regla y la posibilidad de quedar embarazada” **Esperanza Victoria.**

“No lo asocio a ninguna pérdida y menos a la pérdida del futuro... no lo asocio a la vejez, la vejez es una cuestión de espíritu, mientras yo tenga este espíritu joven no me consideraré vieja....no tengo idea a qué edad me consideraré vieja” **Mayra Alegría.**

“Yo asocio la menstruación con la juventud, así que con la pérdida de la menstruación siento que voy a perder parte de mi juventud.....lo asocio a que quise tener un hijo y no lo pude tener”. **María Esperanza.**

c) Climaterio Construcción Desde La Visión Médica.

“...el médico me explicó que yo estaba pasando por el climaterio, que los ovarios ya no me funcionaban y que por eso se me había ido la regla y me daba los calores y la rabia....” “...que también lo que uno siente se debía a como uno llevaba la vida en la casa porque uno se ocupa de todo....el médico me explicó lo que me estaba pasando....que algunas tenemos calores, que el carácter se nos altera y que nos pueden aparecer enfermedades...a mí me agarró el colesterol y me mandaron atorvastatina....yo no me tomé las hormonas que el médico me mandó porque yo no soy pollo.... me fui mejorando poco a poco” **Juana Alegría**

“En la consulta de ginecología me dijeron que las alteraciones menstruales podrían deberse a la fibromatosis, a los cambios hormonales propios de mi edad, que no había necesidad de operar, que me podían controlar con tratamiento médico, el problema de la regla se me quitó....el médico me dijo que por mi edad me iba a pasar de la consulta de ginecología para la consulta de climaterio y menopausia. Yo me asusté porque

pensé que eso era una enfermedad, pero no le dije nada al médico...en la consulta de climaterio me explicaron que la menopausia era la última regla en una mujer...que había que esperar un año sin tener la regla y que el climaterio era una etapa normal que muchas mujeres pasan sin mayores inconvenientes pero a otras les puede aparecer la tensión alta, el azúcar, se deprimen, se ponen bravas sin razón, presentan sangrados irregulares...yo soy hipertensa y diabética” **Esperanza Victoria.**

“Mi ginecóloga me dijo que la mayoría de las manifestaciones que uno siente se deben a que los ovarios han dejado de funcionar, por ejemplo los calorones, los trastornos del humor, la sequedad vaginal pero que no siempre amerita tratamiento, como es mi caso. También me dijo que otras manifestaciones podían deberse a problemas de salud que coinciden con la etapa de climaterio como es el caso de la hipertensión y la obesidad. Por eso ella me mandó a hacer exámenes de laboratorio, la densimetría, el eco de mamas y la mamografía para descartar algún problema. En la consulta de climaterio me explicaron que el climaterio era un período normal de transición entre la madurez y la senectud de una mujer, que la menopausia era el acontecimiento central del climaterio, que la menopausia dependía del cese de la función de los ovarios y que el climaterio además de esta dependencia ovárica se debía también a la acción de factores socioculturales” **Mayra Alegría.**

“El médico me dijo que la menopausia y el climaterio dependen del funcionamiento de los ovarios, que cuando llega la menopausia es porque los ovarios dejan de funcionar. **María Esperanza.**

d) Climaterio y Acción Comunicativa.

“Yo les diría a otras mujeres *que acudan a la consultay* manifiesten lo que están sintiendo, *para que los médicos puedan ayudarlas.* Les diría que el climaterio es una etapa a que uno llega que no tiene nada que ver con la vejez, que ya la regla llegó a su

fin.....que los calzones...esa vaina pasa... pero pa'lante chama eso no es vejez, les diría *que hablen con su marido y con sus hijos para que las ayuden*, para que las comprendan....*que acudan a la consulta con sus maridos*....el climaterio es una cosa de pareja y hasta de la familia” **Juana Alegría.**

“Les diría que acepten a la menopausia y al climaterio como algo natural....*que acudan a la consulta médica para que reciban orientación, ayuda y tratamiento*; que les soliciten explicación a los médicos sobre lo que están sintiendo, lo que eso significa, que no se queden con el comentario de que la mujer menopáusica es vieja, que no sirve. Les diría *que cumplan con las indicaciones de los médicos porque para eso ellos estudiaron*, y si tienen dudas que se las hagan saber a los médicos....les diría *que hablen con su pareja, con sus hijos, que les digan lo que están sintiendo para que las puedan ayudar*....*la familia debe saber que uno está pasando por esa etapa*...la familia se debe involucrar para ayudar en las labores de la casa, así uno se agota menos” **Esperanza Victoria.**

“Les diría que no se preparen para sentir psicológicamente lo que siempre se ha dicho como los calzones, las rabias, los trastornos del sueño porque te mentalizas a que te va a dar. Respecto al uso de medicamentos les diría que *tengan confianza en la palabra del médico*. En los casos de aquellas mujeres que se niegan a aceptar los tratamientos médicos les sugeriría que acudan a una consulta psicológica para que les ayuden a aceptar los tratamientos indicados por los médicos. Y de ser necesario *que acuda con su marido y así ambos van a tener una ayuda*....porque es necesario que el esposo esté al tanto de lo que es el climaterio....creo que es una cosa de pareja...la familia debe involucrarse porque si la pareja está mal la familia sufre” **Mayra Alegría.**

“Les recomendaría que disfruten al máximo, que no se dejen llevar por los comentarios de la gente que dice que al tener la menopausia estás vieja, que ya no sirves, que acepten el climaterio y la menopausia como acontecimientos naturales, *que acudan a la consulta de climaterio y menopausia* donde les pueden aclarar las dudas,

las atienden desde el punto de vista médico, donde les indican los medicamentos necesarios para tratar los problemas como los calorones, los cambios de humor, la sequedad de vagina que interfiere con el disfrute de la relación sexual, les recomendaría que hablaran, que acudieran a la consulta con su pareja, que les expliquen lo que ellas sienten, sus miedos, sus temores si los tienen... una buena comunicación con el médico y con la pareja son fundamentales para poder entender y resolver los problemas de la mejor manera” **María Esperanza.**

e) ¿Climaterio....un tabú?

“La mayoría creo que no lo hablan porque asocian la menopausia con vejez, porque asocian la pérdida de la regla con la pérdida de la juventud y en eso si están bien peladas” **Juana Alegría.**

“Creo que no lo hablan o lo hablan poco porque les van a decir que están viejas, que ya se les pasó la juventud.... en mi trabajo he oído que los maridos le dicen viejas a sus mujeres, que no sirven cuando ellas están en menopausia...y la mujer por eso no lo habla....para no sentirse ofendida” **Esperanza Victoria.**

“No lo hablan o lo hablan poco porque creo que en el círculo donde viven no tienen comunicación con la pareja, con sus hijos, con sus hermanos, eso es algo que tú tienes que hablarlo, eso no puede ser un tabú, una pena, no, eso hay que hablarlo, para mí es eso, que ellas no tienen comunicación, no sé si es que les da pena, miedo, algo hay allí. Creo que en el fondo tienen miedo, vergüenza, temor al calificativo de vieja, que no sirven, muchas mujeres se esconden la edad. También pudiera ser que el miedo a hablar se relacione con acontecimientos pasados dolorosos, algo de lo que no se quieren acordar como una violación, relaciones traumáticas con la pareja, depende de la calidad del ambiente donde desarrollaron sus vidas. Creo que en algunos casos la influencia religiosa influye” **Mayra Alegría.**

“Lo que si he notado con relativa frecuencia es la asociación de menopausia con vejez... creo que en eso radica la mayor causa de por qué no se habla, por la connotación negativa dada a la vejez, fíjese que muchas mujeres se quitan la edad... seguramente para que no les digan que están viejas, achacosas, que no sirven...aunque yo creo que nosotras lo hablamos más en comparación con nuestras abuelas y con nuestras madres” **María Esperanza.**

Analizar la representación social de climaterio como enfermedad, partiendo de toda una extensa materia textual, desplegada en los apartes anteriores; ha permitido visualizar toda una serie de marcas ideológicas que tienen que ver con la construcción del cuerpo de la mujer, a fin de poder interpretar los discursos de las mujeres en torno al climaterio.

La construcción de la mujer y su cuerpo comienza en las sagradas escrituras y más específicamente en el Génesis. Desde un principio se nota que Dios no consideró prioritaria la creación de la mujer por cuanto primero creó al hombre (Adán), a partir de este acontecimiento, las mujeres han sido consideradas una cosa secundaria, complementaria a los hombres, copia defectuosa del varón, varones incompletos, destinadas a ser dominadas por los hombres y a ocupar posiciones secundarias en todos los espacios y niveles.

“Dios creó al hombre del polvo de la tierra” Génesis 2:7

“Entonces Jehová Dios hizo caer sueño profundo sobre Adán, y mientras éste dormía, tomó una de sus costillas, y cerró la carne en su lugar” Génesis 2:21

“Y de la costilla que Jehová Dios tomó del hombre hizo una mujer y la trajo al hombre” Génesis 2:22.

Más adelante en el Nuevo Testamento, aparecen las posiciones misóginas de algunos de los personajes más influyentes del cristianismo tales como San Pablo quien escribió “Las mujeres callen en las iglesias, porque no les es permitido hablar allí, sino que deben estar sumisas, como lo dice también la Ley. Que si desean instruirse en algún punto, pregúntenselo cuando estén en casa a sus maridos” (I Cor, 14, 34-35). Por su parte, San Agustín de Hipona formula unas de las expresiones más agresivas y misóginas cuando escribió lo siguiente “la mujer es una bestia que no es firme ni estable; es rencorosa ante la confusión de su marido, se nutre de la maldad y es comienzo de todos los pleitos y justas y camino de toda iniquidad... Suprimid las prostitutas y turbaréis a la sociedad con el libertinaje” citado por De Beauvoir (1949:128, 130). Tomás de Aquino por su parte expresaba “...fue necesario crear a la hembra como compañera del hombre; pero compañera en la única tarea de la procreación....., y a ella sólo la necesita para ayudarle en la procreación” citado por Opitz (1992:345).

El papel secundario de las mujeres se ratifica cuando desde las mismas Sagradas Escrituras se les culpabiliza por haber incitado a Adán a cometer el pecado original y se le condena, como diríamos ahora sin previo juicio, sin derecho a la defensa, constituyendo el primer caso de violación del derecho a la defensa, su castigo: parir con dolor hasta el fin del mundo y ser enseñoreadas (léase, sometidas, dominadas y ser propiedad de los hombres). El castigo hacia la mujer es reforzado en el momento que pare a una niña, duplicándosele su consideración de inmunda (catorce días) y su tiempo de purificación (sesenta y seis días) de acuerdo a lo que aparece en Levítico 12:5.

Así como las Sagradas Escrituras condenan a las mujeres, la filosofía también cumplió su parte, en tal sentido Pitágoras (570-489 a. C), expresaba “Hay un principio bueno que ha creado el orden, la luz y el hombre, y un principio malo que ha creado el caos, las tinieblas y la mujer” citado por De Beauvoir 1949, p. 7; Platón (427-348 a.

C), asignaba a los hombres la generación de la especie. A decir de María Cristina González (2008a), Platón adjudicaba la función doméstica como propia de la naturaleza de las mujeres, lo cual significa el primer intento histórico para asignar el espacio doméstico como exclusivo de las mujeres cuestión que todavía sigue manteniéndose en el imaginario colectivo universal. Por su parte, Aristóteles (384 a 322 a. C), mantenía que “la mujer es física, moral y mentalmente inferior al hombre y la asociaba a la imperfección, la oscuridad y el mal” citado por Jagoe, (1998:25). Consideraba, además, que al ser inferiores a los hombres deberían permanecer en el hogar cumpliendo funciones propias del sexo femenino, la casa como el lugar donde las mujeres deben desarrollar sus funciones de esposas y madres abnegadas, sometidas a la autoridad de los hombre. Hipócrates (460-377 a. C) y Claudio Galeno (131- 201 d. C) consideraban al cuerpo de las mujeres como incompleto, teniendo como única función el contener el semen destinado a la procreación. Además Galeno consideraba a las mujeres como incapaces e imperfectas y las comparaba con los esclavos y las bestias.

En opinión de Eva Giberti, es preciso considerar que:

Desde los presocráticos pasando por Platón, Aristóteles, Hipócrates y Galeno, el cuerpo de la mujer fue considerado incompleto, además de serle reconocida la función mayor, la de contener el semen destinado a la procreación. La tesis de la incompletud adquirió vigencia a través de los textos freudianos pero, más allá de su escritura, el éxito de esta concepción se debió y se debe a los profesionales hombres y mujeres que desde distintas ópticas y con distintas argumentaciones la sostienen como válida. Este pensamiento adquirió eficacia a través del ejercicio del psicoanálisis, reforzando la tesis presocrática que ya contaba con adeptos entre los referentes de las ciencias médicas (2007:2).

Los filósofos citados le dieron gran preponderancia a la menstruación como fundamental para la procreación. Residuo peligroso, maligno y venenoso, que podía enfermar al hombre que tuviera relación con una mujer menstruante. Por su parte, el cristianismo consideraba inmunda e impura a la mujer menstruante e igualmente a toda persona que tuviera contacto con ella. De esta manera, se fueron construyendo representaciones patologizantes que han conllevado a una práctica médica centrada en la enfermedad y de absoluto control sobre el cuerpo de la mujer hasta nuestros días. José Canet (1996) refiere que mujeres en edad avanzada podían inocular veneno en los recién nacidos debido a los malos humores que causaba la retención del flujo menstrual, se consideraba desde la antigüedad a la menopausia como “la muerte dentro de la mujer”. Esta representación de la sangre menstrual como fluido peligroso, y las manifestaciones afectivas siguen presentes en la actualidad.

“...lo que me preocupa es que la sangre que no pierdo, se me acumule y me dé una trombosis...que se acumulen esas impurezas” **Esperanza Victoria.**

Hasta ahora hemos podido notar que filosofía y religión han sido fundamentales en la construcción, propagación y mantenimiento de las representaciones sociales que consideran a las mujeres como seres inferiores física y mentalmente; naturalmente destinadas a ser dominadas por los hombres y mantenidas en el ámbito doméstico cumpliendo su misión (en la lógica religiosa) y sus funciones (en la lógica filosófica y social). Podemos resumir que los filósofos de la Grecia clásica, consideraron a las mujeres como varones invertidos, machos débiles, en definitiva un varón imperfecto. Por su parte, la iglesia construyó a la mujer como impura y pecadora, solamente creada para parir y acompañar a los hombres. El cuerpo considerado como el terreno donde el pecado había tomado un lugar y un origen.

Esta visión del cuerpo humano cambió radicalmente a partir del siglo XVII, la iglesia y la filosofía pierden autoridad. El funcionamiento del cuerpo mítico, pecador pasa a ser comparado con el funcionamiento de las máquinas. La razón pasa a ser la fuerza que

guiará, de ahora en adelante, la acción de los hombres y de las mujeres. El cuerpo gobernado por fuerzas extrañas en el siglo XV, pasa a ser gobernado por leyes físicas inmutables, aunque sigue persistiendo la influencia de la religión.

Contra la antigua visión pesimista del cuerpo aparece una visión optimista que propugna que ese cuerpo lejos de ser un lugar de perdición, puede ser, por el contrario, un espacio para alcanzar la plenitud, la liberación, el disfrute. Un gran cambio se produce en relación al cuerpo y la salud. En caso de enfermedad, la curación debe constituir un noble objetivo, por cuanto la salud y la ausencia de sufrimiento físico y moral constituyen factores fundamentales para una plena realización de la persona.

El lecho conyugal se constituyó en el terreno donde confluían varios intereses, por un lado *la Iglesia* con sus preceptos morales y religiosos- el acto sexual sólo para procrear todos los hijos que dios les daba, acto que además estaba prohibido durante los días de abstinencia; el *Estado* con sus prioridades demográficas y morales en el sentido de que la mujer tenía la obligación moral y religiosa de permitirle a su marido el acceso a su cuerpo; *el estamento médico* relacionado con la procreación responsable, el impedimento de la relación sexual durante la menstruación para evitar el nacimiento de fetos malformados, el consejo de que el orgasmo femenino era necesario para la liberación del germen femenino que mezclado con el germen del varón formaba un hijo perfecto, la recomendación de realizar el acto sexual con la mujer boca arriba y el hombre sobre ella, como única posición legitimada (la posición del misionero) para una correcta procreación que evitaba el nacimiento de seres hermafroditas y además reproducía la jerarquía de los sexos que consideraba a la mujer con ente pasivo y al hombre como ente activo y por su puesto el interés de la pareja conyugal que debía tener en cuenta el concepto de castidad conyugal es decir que las relaciones sexuales entre marido y mujer debían ser moderadas, controladas y tener como finalidad la procreación y no la lujuria que era considerada responsable del nacimiento de fetos malformados.

Hasta principios del siglo XVIII, el cuerpo humano era concebido como un instrumento moral, cuya sexualidad podía variar en función de la edad. La conducta sexual durante la adolescencia era tolerada en la medida de su discreción y en la firme convicción de que sería totalmente heterosexual en la edad adulta y dirigida a la reproducción dentro del matrimonio. Hacia finales del siglo XVIII esta situación de flexibilidad ante la sexualidad, y ante el cuerpo femenino cambió. Las mujeres pasaron de ser consideradas cuerpos imperfectos, copias del varón, a ser consideradas como un sexo propio, independiente del sexo masculino. Se da una transformación de la sexualidad conyugal, una mayor preocupación de los maridos por la salud y bienestar de sus esposas que pasan a disfrutar el placer de la relación sexual, a tener una participación más activa en la relación de pareja, ignorando los preceptos más represivos de la religión y la moralidad.

En opinión de Casagrande “Las mujeres no son más que esposas, madres e hijas, su función se limita a hacer y a crear hijos, su único trabajo es el trabajo doméstico (1992:100). Las mujeres eran clasificadas en dos grandes grupos, por un lado las religiosas que debían permanecer dentro de conventos y monasterios sin mantener ningún contacto con los hombres, dedicadas a funciones que les permitieran salvar el alma, y por otro lado las mujeres laicas quienes llegaban a formar parte del tejido social sólo a través de la familia es decir en la medida que eran hijas, esposas o madres. Se impone el concepto de que esposa buena es la que permanece en el espacio doméstico, espacio femenino por excelencia, y la casa como el lugar donde las mujeres deben dedicarse a cumplir sus funciones de manera irreprochable.

La violación de mujeres era considerada como un crimen contra la propiedad, ya que el cuerpo de una mujer pertenecía a su padre si era virgen, a su marido si estaba casada y a Jesucristo si era monja. Esta forma de calificar a la violación de la mujer como un crimen contra la propiedad configuraba a la mujer y su cuerpo, a la mujer y su dignidad

como una cosa, como algo sin importancia, a la sociedad lo que le importaba era el derecho de propiedad del hombre sobre la mujer.

A partir del siglo XVIII, el cuerpo se convierte en la frontera entre lo individual y lo colectivo, es el centro donde se manifiesta la subjetividad y la intersubjetividad, es la encrucijada donde llegan las normas que tratan de reprimir la impulsividad del sujeto proponiéndole maneras de sentir, pensar, actuar, maneras de caminar, comer, vestir, dormir como niñas/niños, varones/hembras, hombres/mujeres. Es la manera de colocar sobre esos cuerpos sexuados, improntas que los marcan y lo construyen día a día. La noción de género como construcción cultural del sexo puede considerarse que tiene su fecha de nacimiento para esta época. Se fabrican necesidades y se le impone a esos cuerpos siempre, o casi siempre con una visión de género sensitiva o sexo sensitiva.

A ese cuerpo sexuado se le impuso, como una manera de mantener en su sitio la vergüenza y el pudor, una serie de prácticas, entre ellas la vestimenta adecuada para hombres y para mujeres. El cuerpo es concebido como un campo donde se construyen relaciones de poder, revestido de poder y a su vez modificado por el poder, tal como lo vemos en las relaciones mujeres/hombres donde se escenifica la restricción, la dominación y además la liberación.

Un cuerpo naturaleza es construido paulatinamente en cuerpo cultura. Actitudes y comportamientos adquieren una significación totalmente diferente a medida que los seres humanos son influenciados por fuerzas sociales que tienden a modelar el cuerpo. Un cuerpo concebido como objeto de poder, en palabras de Foucault "... en nuestras sociedades, hay que situar los sistemas punitivos en cierta economía política del cuerpo: incluso si no se apelan a castigos violentos o sangrientos, incluso cuando utilizan métodos suaves que encierran o corrigen, siempre es del cuerpo de que se trata..." (2005:32) más adelante agrega "Se trata en cierto modo de una microfísica del poder que los aparatos e instituciones ponen en juego... Hay que admitir en suma

que ese poder se ejerce más que se posee” (ob. cit: 33), por su puesto en este ejercicio de poder siempre estará presente la dominación de los hombres sobre las mujeres.

El tiempo seguía su curso y la posición de la sociedad hacia las mujeres prácticamente no cambiaba. Francis Bacon (1561-1626) mantenía la idea de la superioridad masculina y además propugna las bases patriarcales de la ciencia moderna en las que se establece un Sujeto (hombre) que conoce y un Objeto (la mujer) por conocer. Por su parte, Rousseau (1712-1778), mantenía la posición de que la sociedad debería estar dividida en dos espacios, asignando lo público para los hombres y lo privado o doméstico para las mujeres, basado en el hecho de que existen dos sexos. Además se preguntaba en el *Emilio* ¿En dónde está la necesidad de que una muchacha sepa leer y escribir tan pronto? ¿Tendrá ella tan pronto un hogar que regir? Existen muy pocas cosas que no hagan mayor abuso que uso de esta fatal facultad” (2003:424).

Muchos e importantes pensadores modernos, entre los que se encuentran: Hegel, Kierkegaard, Schopenhauer, Sartre por ejemplo, continuaron la postura misógina que venía de la antigüedad.

En opinión de González (2009), Hegel afirma que la mujer no accede al estatuto de la individualidad, porque para ello requiere un especial desarrollo de la autoconciencia, lo que no puede lograr y en consecuencia, está incapacitada para alcanzar el derecho a la apetencia y a la libertad. Schopenhauer, por su parte, alegaba que las mujeres al no estar capacitadas para plantear problemas de conciencia, son incapaces de trascender y abstraer. Al ser únicamente naturaleza, sólo cuentan con la astucia para poder esconder sus debilidades. Kierkegaard aseveraba que, la mujer es esencia idéntica a sí misma, es sólo gracia y naturaleza pura. Sartre compara a la mujer con el ser en sí, que se caracteriza por ser compacto, idéntico a sí mismo, inerte, mera contingencia, lo fáctico, lo dado. Para Sartre lo femenino es construido como lo viscoso, lo dócil, es la revancha del ser en sí, que se traduce en coquetería femenina.

Religión y filosófica, hasta ahora vistas como las instituciones que consolidaron la representación de las mujeres y sus cuerpos, constituyen a su vez dos de las bases fundamentales del patriarcado, entendido por Cristina Molina (2003) como el estamento de poder que daría cuenta del género y de las relaciones y entrecruzamientos de éste con otros marcadores sociales en los que se manifiestan relaciones de poder como la raza, la clase social, la etnia, la filiación política y religiosa. Para la autora, patriarcado y género se dotan del poder para designar espacios desde dos vertientes, la vertiente práctica en la que las mujeres son colocadas en lugares de inferioridad, de sumisión, y la vertiente simbólica que permite, a los hombres, nombrar y valorar esos espacios asignados como lo femenino. El patriarcado constituye en opinión de Daisy Camacaro “El sistema basado en la apropiación, concentración y monopolización del poder y la autoridad por parte de los hombres sobre las mujeres” (2000:28). El modelo médico, puesto en práctica en la sociedad patriarcal, centra su acción en la relación poder-saber, en tal sentido Camacaro expresa “Desde el mismo momento en que la mujer entra al consultorio está invadida por temores contruidos socialmente y fundados por ese poder saber” (2008:130).

Para María cristina González (2010), el patriarcado constituye una concepción filosófica, que naturaliza la inferioridad de las mujeres quienes conforman lo otro de la sociedad, y donde se institucionaliza la supremacía masculina, podríamos agregar que el patriarcado constituye un sistema donde la mitad o más de la mitad de la población (las mujeres) es explotada por la otra mitad (los hombres) y en el que lo masculino es lo hegemónico, lo representativo del género, donde al nombrar la palabra hombre o varón se debe suponer que se está nombrando a las mujeres. La mujer pasa a ser lo otro, lo escondido, lo que no se nombra, cuestión que es reproducida constantemente hasta por las propias mujeres. María Cristina González:

El patriarcado consolida sus raíces en el espacio cultural burgués e ilustrado. En la modernidad, el principio de la razón constituye la sustancia de la subjetividad humana idéntica para todos los hombres. Las leyes que regulan el funcionamiento de la nueva sociedad, son presentadas como leyes naturales. Naturaleza y cultura se sellaron en el imaginario colectivo como polos dicotómicos. La cultura (asociada a lo masculino) debe dominar a la naturaleza (asociada a lo femenino), domesticarla y ponerla a su servicio. Metáfora que ha tenido profundas implicaciones éticas en la conformación de unas representaciones ideológicas en torno a la mujer y el papel que debe jugar en la sociedad. Nos referimos a la naturalización social de la mujer, anulándose toda posibilidad de cambio. En tal sentido, las mujeres estamos condenadas al esencialismo biologicista: la biología como destino.(2008^a:7)

En el patriarcado la misión de las mujeres deber ser el matrimonio, la maternidad y la domesticidad, lo cual implica que las funciones se limitan a la esfera de la reproducción y al cuidado del esposo, hijas e hijos, el disfrute sexual por parte de las mujeres estaba fuera de orden, constituyéndose la mujer en objeto de uso para la reproducción, sin derecho alguno para el disfrute de su sexualidad y las decisiones que ello conlleva.

La forma de comportarse la sociedad patriarcal derivó en que las mujeres fueron obligadas a dedicarse a lo privado, lo doméstico, convirtiéndose el hogar en el espacio para la producción y la reproducción, lo que perduró hasta la llegada de la Revolución Industrial (Siglo XVIII), cuando las mujeres salen a la calle (lo público) buscando fuentes de trabajo. Este cambio dio origen a la doble jornada laboral y triple jornada, que si bien trajo como consecuencia la fractura de la excusa de que los hombres debían ocupar en el espacio público por ser los proveedores de la familia, no supuso una mejoría de la situación de las mujeres en el ámbito doméstico, por cuanto el cambio que se dio con la salida de las mujeres al espacio público no fue acompañada de los necesarios cambios en el cumplimiento de las funciones del hogar que siguieron siendo de la exclusiva competencia de las mujeres, los hombres no han internalizado

que las labores del hogar, al menos debería ser paritaria. El Estado ha debido poner en práctica medidas que aligeraran la carga que supone la triple jornada laboral a que he hecho referencia.

En el siglo XIX se produce un cambio en la mentalidad de la sociedad europea al aceptarse que los pecadores son los hombres, las mujeres pasan a ser consideradas “como seres moralmente superiores por su abnegación y su capacidad para amar, perdonar y consolar... la mujer se asocia con la sensibilidad, la subjetividad, el corazón, las emociones, el mimetismo y el amor altruista” Jagoe (1998:26,30), condiciones que favorecerían el desarrollo de la moralidad por parte de las mujeres desde el hogar. La moralidad centrada en las mujeres les permitiría ingresar y abrirse paso a niveles superiores de estudio, la excusa que utilizaron fue que si debían cumplir las misiones en el hogar, era necesario su formación más allá de rezar, tejer, procrear y satisfacer al marido.

A los cambios, anteriormente expuestos se le sumó otro de gran relevancia en el mismo siglo XIX y consistió en que el determinismo divino fue sustituido por un determinismo biológico. La naturaleza moral, mental y física de las mujeres pasa a ser considerada el factor fundamental para que las mujeres puedan desarrollar su misión social, es decir, madre, esposa y ama de casa con todo lo que esto significaba, de esta manera se invertía la ecuación, la naturaleza moral, mental y física que bajo la influencia religiosa y filosófica había sido la piedra de tranca para la acción y el ascenso social de las mujeres ahora constituía el estímulo necesario para que ellas se manifestaran, hablaran, participaran, por su puesto con las limitaciones que imponía e impone la sociedad patriarcal.

Las ideas de emancipación de las mujeres, de cumplir labores fuera del ámbito doméstico no era compartida por todas las mujeres ilustradas, en tal sentido en 1857 Ángela Grassi, escribe *La misión de la mujer* y expresa que: “Elevemos nuestra

imaginación a la altura de la suya-la de los hombres-, pero no pretendamos ser iguales en saber, porque entonces destruiremos la perfecta armonía de la creación”; por su parte en 1866, Faustina Sáez de Melgar en *Deberes De La Mujer* escribe “no seré yo quien clame por la emancipación de la mujer; no seré yo quien apoye con mi pluma la independencia del sexo.... bendita sea la autoridad marital que protege y ampara nuestra débil naturaleza ...”. Ambas autoras citadas por Jagoe, Blanco y Enríquez (1998).

Contraria a la posición de Sáez de Melgar que propugnaba la permanencia de la mujer en el hogar cumpliendo su misión, Concepción Arenal, citada por Jagoe, Blanco y Enríquez (1998), escribe en 1869 *La Mujer Del Porvenir*, en dicha obra Arenal se preocupa por la situación de la mujer en la familia y en la sociedad, se enfrenta a quienes decían que la mujer no tenía la inteligencia suficiente y en consecuencia no estaba capacitada para realizar estudios académicos y por supuesto ejercer alguna profesión, ante esta posición, Arenal exponía que el raciocinio y las observaciones hechas inducen a pensar que tiene inteligencia suficiente para el ejercicio de profesiones, artes y oficios que no se le permiten desempeñar... prohibiendo a la mujer que cultive y ejercite su entendimiento, se hace de ella un ser imperfecto... la mujer puede ejercer toda profesión u oficio que no exija mucha fuerza física.

En 1883 Concepción Arenal escribe, en tono de crítica, su obra *La Mujer De Su Casa*, en ella expresa que cuando la sociedad estaba organizada para la guerra, se comprende que la mujer no tuviese misión social, que se limitase a la doméstica, que el hogar fuera su mundo. De esta manera la autora mencionada abogaba por la necesidad y el derecho que tenían las mujeres de ocupar el espacio público, hasta ese momento terreno exclusivo de los hombres.

Concepción Gimeno de Flaquer, citadas por Jagoe, Blanco y Enríquez (1998), escribe en 1901 *La Mujer Intelectual* en donde expresa que la mujer moderna, dotada

de virtudes más activas, influye en la orientación de la vida, elevándose con el ejercicio de su inteligencia a la comprensión de los intereses generales.no limita sus iniciativas provechosas a la familia, pónelas al servicio de la humanidad.

En el caso de los hombres intelectuales de la época opuestos a la necesidad y el derecho de las mujeres a ser independientes y capaces de ocupar el espacio público encontramos a Francisco Alonso y Rubio quien en el año 1863, escribió su obra *La Mujer Bajo El Punto De Vista Filosófico, Social y Moral*: en ella se opone a quienes consideran que hombres y mujeres son iguales y en consecuencia están en capacidad para llevar a cabo iguales funciones y tener iguales derechos tanto en el ámbito doméstico como en el ámbito público, y abogaba por que la mujer permaneciera dentro del hogar cumpliendo sus funciones consideradas como naturales.

Por su parte Adolfo Llanos y Alcaraz, en su obra *La Mujer En El Siglo Diez y Nueve*: expresa "... la mujer será lo que debe ser, lo que su esposo quiera que sea.... por naturaleza es un ser bueno pero que los avatares de la vida, la mala educación y la acción de los hombres la transforman en un ser malo". Francisco Alonso y Rubio y Adolfo Llanos y Alcaraz son citados por Jagoe, Blanco y Enríquez (1998).

Las posiciones seguían siendo contradictorias, en relación a las capacidades y virtudes de las mujeres, a todas no se les asignaban cualidades para el ejercicio de su rol materno, en efecto Jagoe escribe "tanto las de clase obrera eran excluidas por su supuesta depravación y promiscuidad y por el abandono del hogar e hijos para dedicarse al trabajo extra-doméstico, como las de clase alta porque confían sus hijos e hijas a niñeras y se dedican al disfrute de la vida social" (1998:28).

En opinión de Burin se construyó "una moral del mundo doméstico donde las emociones eran el amor, la generosidad, el altruismo, la entrega afectiva" (1996:71). El tiempo y el espacio de las mujeres será, a partir de ese momento, tiempo y espacio para

otros, situación que había sido criticada por Emilia Pardo Bazán, citada por Jagoe, Blanco y Enríquez (1998), en su obra *La Mujer Española* escrita en 1892 donde expresa: “El error fundamental que vicia el criterio común respecto de la criatura del sexo femenino es el de atribuirle un destino de mera relación; de no considerarla en sí, ni por sí, ni para sí, sino en los otros, por los otros y para los otros” esto por su puesto en consideración a la naturalización de la actividad de las mujeres dentro del hogar como madres y esposas abnegadas.

A medida que transcurrían los años se irán configurando y asignando roles que las mujeres asumirían como tales: rol de esposa, rol de madre y rol de ama de casa, roles que persisten hasta los actuales momentos y a los que podemos agregar otros roles domésticos como el de abuela, nuera, suegra e hija en sus años maduros al tener que encargarse del cuidado de papá y mamá ahora ya ancianos, amén de los diferentes roles que desempeñan en el espacio público con igual o mejor eficacia, efectividad y honestidad que su contraparte masculina y en espacios que tradicionalmente estaban negados para ellas, tal como está sucediendo, en los actuales momentos.

El cumplimiento de roles tanto en el espacio privado como en el espacio público repercute en la salud de las mujeres y muy especialmente en la etapa de climaterio cuando sus condiciones físicas y mentales no son las mismas y las condiciones de su entorno también tienden a cambiar y aparecen nuevos/as actores/as tales como nietos/nietas, yernos y nueras, padre y madre se han envejecido y son las mujeres quienes deben proveerles el cuidado necesario (roles asignados y asumidos de madre, hija y abuela), todo lo cual significa que nuevamente deben ajustar su tiempo y su espacio para poder cumplir la función social que la familia y la sociedad en general esperan de ellas.

Para esta época en la vida de las mujeres, aparecen dos nuevas situaciones que en muchos casos contribuyen a explicar, desde el punto de vista socio-cultural, las

manifestaciones del área afectiva vistas en mujeres en climaterio, me refiero al síndrome del nido vacío, observado cuando las mujeres se quedan sin pareja, o tienen el temor de quedarse; la otra situación es conocida como “el techo de cristal” visto en mujeres profesionales que alcanzan un determinado status del cual no pueden avanzar conduciéndolas a estados depresivos no explicables por la disminución o desaparición de la función ovárica, estas mujeres en muchos casos cumplen doble y triple jornada laboral que se conjugan con los naturales cambios asociados al climaterio para producir en muchas mujeres estados de angustia, depresión, agotamiento y disminución del deseo sexual. A esto debemos agregar que la ciencia médica se ha encargado de patologizar no sólo el cuerpo sino toda la subjetividad femenina, justificándose la intervención médica en todos los aspectos de su existencia, en este sentido, Cabré y Ortiz (2008), expresan el papel histórico de la medicina como creadora de un cuerpo de mujer enfermizo, pesimista, pasivo, débil.

Retornando a los acontecimientos ocurridos en el siglo XVIII entre los que se encuentran: la participación de las mujeres en el espacio público y la consecuente triple jornada laboral, se pasaba de percibir un sexo a percibir dos sexos. A partir de la revolución industrial, el cuerpo de las mujeres va a estar bajo la mirada de los medios de comunicación e información, y de la industria farmacéutica en busca de la belleza perfecta, y bajo la perspectiva patologizante y medicalizadora del gremio médico. La Revolución industrial vino acompañada de nuevas tecnologías materiales, de tecnologías sociales que apuntaban hacia mejores formas de organizar y dirigir la conducta humana.

Las nociones de justicia, libertad, fraternidad, belleza espiritual y corporal se sentían al alcance de las manos, sin embargo, poco tiempo duraron estas nobles aspiraciones, la sujeción de las mujeres cambiaba de forma pero no de fondo, en tal sentido Eisler escribe: “Y si el control masculino sobre las mujeres ya no se podía basar en fundamentos irracionales como la desobediencia de Eva al Señor, ahora se vería

justificado por nuevos dogmas científico-rationales que proclamaban que el dominio masculino era una ley biológica y/o social” (1987:177).

Para Hermoso, “La dominación masculina, continuaba y continúa en el sistema patriarcal, cuyos orígenes se remontan al nacimiento de la propiedad privada hace aproximadamente entre cinco a diez mil años, posterior al período neolítico” (2010:47). El patriarcado es definido por Cristina Molina como:

El poder de hablar y nombrar, dignifica la capacidad de distribuir los espacios físicos y simbólicos quedando él como dios, en todas partes o reservándose aquellos espacios, que según un código por él establecido, considera lo más valioso....la negación de la palabra a la mujer significa también su exclusión de la historia. (1994:266)

Como sistema de dominación se consolida y se basa en el control y apropiación del cuerpo, la mente y el espíritu de las mujeres expresado en: el control sobre lo que las mujeres deben saber y expresar, de la sexualidad y la fertilidad, de los embarazos, partos y puerperios, del desarrollo de los cuerpos y sus apariencias, del climaterio, la menopausia y el envejecimiento. Este control llamado medicalización es definido por Rodríguez como “el proceso a partir del cual el sujeto enfermo o no, deposita en el médico, la responsabilidad absoluta sobre el conocimiento, la prevención, el control de la enfermedad y las condiciones asociadas a ella, la rehabilitación y la toma de decisiones en el área de la salud (1996:83).

“el médico me explicó lo que me estaba pasando....que algunas tenemos calorones, que el carácter se nos altera y que nos pueden aparecer enfermedades....a mí me agarró el colesterol y me mandaron atorvastatina....yo no me tomé las hormonas que el médico me mandó porque yo no soy pollo.... me fui mejorando poco a poco” **Juana Alegría.**

“Les diría que *acudan a la consulta médica para que reciban orientación, ayuda y tratamiento; que cumplan con las indicaciones de los médicos porque para eso ellos estudiaron*” **Esperanza Victoria.**

“Les diría que *tengan confianza en la palabra del médico*” **Mayra Alegría.**

“Les recomendaría que *acudan a la consulta de climaterio y menopausia donde les pueden aclarar las dudas, las atienden desde el punto de vista médico, donde les indican los medicamentos necesarios para tratar los problemas*” **María Esperanza.**

Nada se escapa a este control, acción en la cual cuenta con la estrecha colaboración de lo que Arroba (2012), denomina industria médica e industria de la cirugía cosmética. La publicidad que se ejerce a través de medios de comunicación promociona productos comerciales, actitudes, formas de vida e imágenes que orientan los deseos y construyen necesidades que las personas y en especial las mujeres buscan afanosamente.

La belleza estereotipada a través de cuerpos delgados, jóvenes, hermosos responden a un patrón cultural creado, en donde las mujeres y las modificaciones del cuerpo se corresponden con la representación de ellas como un objeto sexual, constituyéndose esta representación en la fuerza que mueve los cuerpos en la búsqueda incesante de una juventud, el eterno femenino, que niega u oculta el proceso de envejecimiento natural al cual estamos expuestos todos los seres vivientes y que se expresa con mayor intensidad en el cuerpo femenino durante la etapa del climaterio debido a la disminución progresiva de la función ovárica.

La representación de las mujeres como objeto sexual es reafirmada por Juliet Mitchell al expresar "... a través de la historia las mujeres han sido tomadas como objetos sexuales, tanto en calidad de progenitoras como productoras" (1966:34).

La consideración del acto sexual sólo para la procreación tiene su representación con relativa frecuencia en mujeres en climaterio que se sienten disminuidas porque han perdido su capacidad reproductora, sentimiento que también es expresado por muchos hombres contemporáneos que califican a las mujeres en climaterio como viejas, que no sirven, que no funcionan, representación asociada a la pérdida de capacidad reproductora y que en muchos casos refuerza el sentimiento que ellas manifiestan, todo lo cual refleja un resquebrajamiento de la sexualidad femenina.

"Cuando regresé de la consulta le dije a mi esposo que la doctora me dijo que lo que yo tenía era la menopausia...entonces él me contestó "ah entonces estás viejita, ya no sirves" **Juana Alegría.**

"La frecuencia de las relaciones ha disminuido...ya no somos unos muchachos...además para que quiero yo más hijos" **Mayra Alegría.**

"Ya no me provoca tener relaciones sexuales porque me acuesto agotada, porque mi esposo quiere que haga cosas que van contra mis principios religiosos" **Esperanza Victoria.**

El climaterio, la menopausia y la desaparición de la función reproductora tienen como base la disminución gradual de la función ovárica, la cual se explican como consecuencia de la puesta en escena de sistemas neuroendocrinos que actúan como una especie de reloj biológico que se expresa entre la cuarta y quinta década de la vida, tal como lo expresa Romero, citado por Calkins, (1978:174), se acompaña además por la

presencia de fenómenos vasomotores como las oleadas de calor y sudoración de aparición brusca y duración e intensidad variable.

“...sentía unos calorones muy feos...” **Juana Alegría.**

“...sentía calorones ocasionales y los cambios de carácter,” **Esperanza Victoria.**

“Los motivos que me llevaron a consultar fueron los calorones y la sudoración”
Mayra Alegría.

La conceptualización patológica del climaterio es reforzada por la asociación del mismo con la vejez, dado que, algunas de las contingencias que aparecen en esta etapa de la vida pueden tener un componente endocrino y eso las conlleva a ser catalogadas como propias del envejecimiento, en las que además entran en juego elementos socioculturales y ambientales. El modelo biomédico ha construido una relación causa efecto entre climaterio y enfermedad. Una relación que se puede resumir de la siguiente manera: “Estás en climaterio=estas enferma= hay que colocarte tratamiento”.

Ante esta postura, hay que insistir en la necesidad de confirmar que el climaterio es una etapa fisiológica de transición entre la madurez y la senectud. Con esto no estoy negando la presencia de enfermedades en mujeres que están en climaterio, lo que quiero significar es que en esta etapa, coincidencialmente, aparecen enfermedades asociadas al proceso de envejecimiento corporal en el que el componente endocrino juega un papel de primera línea.

Entre estas enfermedades asociadas podemos considerar: la diabetes mellitus, la obesidad, la dislipidemia, la hipertensión arterial, el síndrome metabólico, las neoplasias ginecológicas, el síndrome depresivo, la osteoporosis, la disminución de la elasticidad y turgencia de la piel, el prolapso genital. Concomitantemente suelen hacer presencia cambios corporales.

“...los senos se me han caído un poco, estoy más gorda sobre todo en el abdomen”

Esperanza Victoria.

“un poco de resequedad vaginal por lo cual siento alguna molestia durante la penetración, de resto más nada...” **Mayra Alegría.**

“...se me han caído un poco los senos, la resequedad de la piel y sobretodo de la vagina, he aumentado algo de peso...” **María Esperanza.**

En relación a la atención en salud, podemos afirmar lo siguiente: los hechos demuestran que mujeres y hombres están en igualdad de condiciones en relación al proceso de salud y enfermedad, sin embargo, si analizamos bien los acontecimientos podemos darnos cuenta de que existe un desbalance que afecta negativamente a las mujeres en la mayoría de las sociedades. El desbalance en cuestión está representado: en primer, por el sistema patriarcal que genera marginación, explotación, exclusión de las mujeres, las heterodesigna, les asigna los espacios (el doméstico por excelencia) y las funciones. Se puede afirmar que la única función que el patriarcado les reconoce a las mujeres es la función reproductora. En tal sentido Purificación Mayobre expresa:

La feminidad/maternidad, elaborada por los varones, se impone como única conceptualización de lo femenino, anulando otras posibles representaciones de lo que significa ser mujer. El resultado es que a la preguntas que acucian a las mujeres. ¿Quién soy? ¿Qué significa ser mujer? ¿Qué desea una mujer?...la cultura hegemónica sólo permite una respuesta: Mujer/Madre. (2006:7).

Las mujeres en general presentan características que las hacen más susceptibles a problemas físicos y psicológicos, generalmente asociadas a su función reproductora, tales como: el síndrome premenstrual, las disfunciones del ciclo menstrual, los

acontecimientos relacionados con el embarazo, parto, puerperio y crianza de hijos/hijas, problemas a los cuales debemos agregarlas molestias propias del climaterio (afectivas y orgánicas) y las enfermedades que con relativa frecuencia se ven en esta etapa fisiológica de transición entre la madurez y la vejez.

Las mujeres adultas jóvenes, en general, tienen una adecuada capacidad de respuesta física y psíquica a los problemas que les plantea triple jornada laboral, este grupo de mujeres está en condiciones de asumir la administración del hogar, el cuidado y crianza de hijos e hijas, la atención de su pareja, la atención de padre y madre y en ocasiones a suegra y suegro.

Por otro lado, las mujeres adultas medianas y mayores presentan una baja capacidad de respuesta en la etapa de climaterio, etapa en la cual se observa la disminución de: neurotransmisores hipotálamo-hipofisarios, la actividad del sistema inmune, la actividad de los macrófagos que retiran de la circulación las proteínas anómalas, el incremento de la concentración de radicales libres todo lo cual conduce a la mayor susceptibilidad de las mujeres a problemas de salud que con frecuencia vemos en esta etapa, a todo esto debemos agregar el cansancio, el agotamiento físico y mental que deben soportar estas mujeres.

En segundo lugar, el desbalance respecto a cuestiones de salud está representado por la acción de un modelo médico donde lo masculino es considerado como la norma y además no toma en cuenta la subjetividad de las mujeres. La coincidencia del Climaterio y el envejecimiento, entendidos como procesos fisiológicos, y diversas patologías ha llevado a considerar a los dos como procesos patológicos y en consecuencia a la medicalización de ambos acontecimientos.

Como resultado de esto, el climaterio y la menopausia han sido enfocados fundamentalmente desde la medicina occidental y su modelo biomédico, con una visión cartesiana del cuerpo de las mujeres. Un cuerpo desmembrado en sus partes y

componentes expresado a través de cambios asociados a la etapa del Climaterio. En este sentido, es importante mencionar dos obras dedicadas exclusivamente al climaterio: *Medicina del Climaterio y la Menopausia*, editada por Terán, J; Febres, F. (1999) y *Climaterio y Menopausia. Un enfoque desde lo social* cuyas autoras son Artiles, L; Navarro, D y Manzano, B. (2007). En ambas obras los cambios evaluados son de tipo endocrino, metabólico, dermatológico, urogenital, óseo, articular, gastrointestinal, cardiovascular, neurológico, psicológico, endometrial, mamario exclusivamente, así como en los diferentes tratamientos en los que resaltan la terapia hormonal sustitutiva o terapia hormonal de reemplazo y la anticoncepción hormonal; los cuales confirman la teoría biológica de que el climaterio, como proceso biológico, se debe a la falla ovárica y la consecuente falta de estímulo hormonal, desconociéndose otros factores epigenéticos que están interactuando.

En la primera obra, el enfoque sobre el climaterio es eminentemente organicista, biologicista y patologicista, descontextualizado de las condiciones socioestructurales y socioculturales de las mujeres, en otras palabras, una absoluta ceguera de género.

Dentro de esta miopía encontramos que en 1940, Albright demostraba, científicamente el valor de la terapia estrogénica en la osteoporosis” (Rafael Molina Vílchez 1999: VII).

En la segunda obra Artiles, L; Navarro, D y Manzano, B. (2007) como autoras de la obra *Climaterio y Menopausia. Un enfoque desde lo social*, con la contribución de diferentes colaboradoras/es plantean una visión holística del climaterio y la menopausia al desarrollar ampliamente dos capítulos; el primero, *Climaterio y su relación con procesos sociales*, el segundo, *Fundamentos biológicos del climaterio y la menopausia*.

Refiriéndose a una visión holística de las mujeres en climaterio, Juan Carlos Alfonso expresa:

...las mujeres en edad mediana, o lo que es lo mismo de 45-59 años, donde por cambios biológicos, con una marcada interrelación social, se producen determinadas alteraciones que pueden requerir de atención especializada en salud; así como de comprensión y tolerancia familiar y social, solidaridad y otras acciones que requieren, evidentemente de un proceso de aproximaciones sucesivas de acumulación de conocimientos....estas mujeres son esposas, hijas, madres, abuelas, más otras relaciones familiares por consanguinidad o afinidad, incluido en no pocos casos nietas, dado al aumento de la esperanza de vida....a esto debe unírsele sus responsabilidades sociales, sobre todo laborales (2007:21-22)

La propuesta que relaciona el aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento con elclimaterio, tiene su fundamentación en el descubrimiento que muchas de las manifestaciones observadas en dicha etapa tienen su asiento en la incapacidad de los ovarios para producir hormonas en cantidad adecuada, situación que ha sido considerada desde la medicina como una enfermedad para lo cual se hace necesario el uso de la tecnología. En relación a este último punto, Feo (2003) manifiesta que en esta situación intervienen cuatro grandes actores: el complejo médico industrial, la industria farmacéutica, el sector asegurador y financiero, la producción directa de servicios, y finalmente el/la usuario/a, que influenciado/a por el discurso médico, por los medios de comunicación y lapresión social exige cada día más el uso de la tecnología y mayor competencia y conocimientos de quienes considera son los responsables o los encargados de mantenerlos/as como enfermas.

“El médico me dijo que por la edad y por estar en climaterio me tenía que mandar a hacer la mamografía, la ecografía de mamas y la densimetría” **Juana Alegría.**

“Mi ginecóloga me mandó a hacer la citología, la mamografía, el eco y la densimetría” **Mayra Alegría.**

“El médico me dijo que tenía que hacerme la mamografía y el ecosonograma para poderme mandar las hormonas” **Esperanza Victoria.**

Retomando el discurso relacionado con el climaterio es preciso mencionar que las manifestaciones observadas en las mujeres en climaterio están estrechamente relacionadas con las condiciones de vida en que ellas se han desarrollado, entendiendo por condiciones de vida el entramado de relaciones entre lo económico, lo ecológico, lo conductual, lo biológico, lo sociocultural y lo socioestructural donde se desarrolla la división sexual y social del trabajo en base a relaciones asimétricas entre mujeres y hombres, donde lo masculino prevalece en desmedro de la condición de las mujeres.

En opinión de Marta Lamas (s/f), la división sexual del trabajo, ha traído para el colectivo de mujeres: marginación, subvaloración en el área laboral, abandono del mercado de trabajo, responsabilidad exclusiva del trabajo en el hogar, insuficiente formación educativa y profesional, y la poca o nula claridad de la situación de discriminación por parte de ellas. Desde la perspectiva de género es posible visibilizar esas injusticias, su persistencia y el papel que juegan una gran cantidad de factores en su perpetuación, entre ellas las representaciones que las mujeres tienen respecto al Climaterio y la menopausia.

“Yo sólo pude sacar hasta sexto grado, después me case y me dediqué a atender el hogar, yo hacía todo en mi casa, atiando a mi nieta, aparte trabajo vendiendo chucherías, tetas, y esas cosas para poder mantener el hogar, después que vine a la consulta de climaterio y menopausia y me aconsejaron, el trabajo en el hogar lo hacemos entre todos...yo soy feliz con lo que hago” **Juana Alegría.**

“Yo logré sacar el bachillerato, trabajo en mi propia casa como peluquera y además cumplo con las labores propias del hogar, atiando a mi esposo y a mis hijas, ayudo en la atención de mi nieta... mi esposo es cocinero y me ayuda en algo...en la noche me acuesto agotada, cansada...me siento realizada, soy feliz con lo que hago” **Esperanza Victoria**

Estudiar el climaterio desde la teoría de las Representaciones Sociales tiene gran importancia por cuanto ellas constituyen maneras de pensar, sentir y actuar de las mujeres desde sus propios sentimientos, sus miedos y expectativas, en definitiva, desde lo subjetivamente construido por ellas. El estamento médico hace caso omiso de la manera de pensar de las mujeres, se abstrae de sus vivencias, de su manera de pensar, de su historia personal, convirtiéndose las mujeres en receptáculos de las enfermedades, en propiedad de quienes ejercen la medicina y su aparataje tecnológico, tal como lo expone Feo (2003).

“El médico me explicó que yo estaba pasando por el climaterio, que los ovarios ya no me funcionaban y que por eso se me había ido la regla y me daba los calorones y la rabia” **Juana Alegría**

“...el médico me dijo que por mi edad me iba a pasar de la consulta de ginecología para la consulta de climaterio y menopausia. Yo me asusté porque pensé que eso era una enfermedad, pero no le dije nada al médico...en la consulta de ginecología me explicaron que la menopausia era la última regla en una mujer... que el climaterio era una época donde a las mujeres nos aparece la tensión alta, el azúcar, nos deprimimos, nos ponemos bravas sin razón, presentamos sangrados irregulares” **Esperanza Victoria.**

“Mi ginecóloga me dijo que la mayoría de las manifestaciones que uno siente se deben a que los ovarios han dejado de funcionar...también me dijo que otras manifestaciones podían deberse a problemas de salud que coinciden con la etapa de climaterio como es el caso de la hipertensión y la obesidad. Por eso ella me mandó a hacer exámenes de laboratorio, la densimetría, el eco de mamas y la mamografía para descartar algún problema....” **Mayra Alegría.**

“El médico me dijo que la menopausia y el climaterio dependen del funcionamiento de los ovarios, que cuando llega la menopausia es porque los ovarios dejan de funcionar. **María Esperanza.**

Los discursosantes mencionados, evidencian la influencia del modelo biomédico el cual considera al climaterio como un acontecimiento exclusivamente de origen biológico sustentado en la falla del funcionamiento ovárico. Un discurso que no toma en cuenta los determinantes de la salud, dejando de lado las cuestiones referidas al género. Postura que es asumida por autoras como Leticia Artiles, quien al referirse al climaterio plantea que “El deterioro del proceso de salud-enfermedad no sólo se genera en el cuerpo sino que más bien tiene sus raíces en las condiciones del entorno y en los modos de organización social y productiva en el que la mujer se desempeña. Dicho así, las condiciones de vida devienen en determinantes del proceso salud-enfermedad” (2007:39). En el mismo orden de ideas María Sánchez y col refieren que “Las características socioeconómicas y el estilo de vida intervienen en el entorno particular en el cual se desarrolla la mujer, y determinan su estado de salud, nutrición y calidad de vida durante la etapa de la menopausia-léase climaterio- (2007:103).

Por su parte Blanca Pelcastre-Villafuerte; Francisco Garrido –Latorre y Verónica de León-Reyes (2001) estiman que el climaterio debe ser entendido como un proceso biológico y biográfico que descansa en opiniones, tradiciones, y discursos. Como un proceso natural asociado a la edad de las mujeres y asociada al envejecimiento. El modelo biomédico considera como una enfermedad deficitaria, en tal sentido, la tendencia es hacia la medicalización y la curación. El climaterio como proceso que afecta la salud de las mujeres debe ser entendido de una manera compleja donde intervienen dimensiones socio-culturales y biológicas complejas.

De acuerdo con la representación social que las mujeres tengan del climaterio y la menopausia, tendrán una manera de comportarse. En la presente temática las mujeres

entrevistadas consideran al Climaterio y la menopausia como naturales, sin embargo, sus comportamientos influenciados por el modelo médico dominante las conducen a conceptualizar al Climaterio como enfermedad. Los siguientes discursos de las actrices informantes así lo confirman. Cuando ellas les recomendarían a otras mujeres, que están en igual situación que acuden a la consulta médica dejando claro las contradicciones ideológicas. Representación que evidencia lo hegemónico del discurso médico y como éste ha impactado el sentido común.

“Yo les diría a otras mujeres *que acudan a la consulta* y manifiesten lo que están sintiendo, *para que los médicos puedan ayudarlas.* **Juana Alegría**

“Les diría *que acudan a la consulta médica para que reciban orientación, ayuda y tratamiento; que cumplan con las indicaciones de los médicos porque para eso ellos estudiaron,*” **Esperanza Victoria.**

“...lesdiría *que tengan confianza en la palabra del médico.*” **Mayra Alegría.**

“*les diría que acudan a la consulta de climaterio y menopausia* donde les pueden aclarar las dudas, *las atienden desde el punto de vista médico, donde les indican los medicamentos necesarios para tratar los problemas como los calorones, la resequedad de la vagina*” **María Esperanza.**

Los discursos arriba desplegados reflejan las marcas ideológicas del discurso médico el cual ha colonizado la mente de las mujeres y se instaura en el imaginario colectivo, señalándose al climaterio como una entidad patológica de origen biológico, orgánico y por consiguiente susceptible de tratamiento. Tratamiento que debe ser llevado a cabo sólo por la persona socialmente autorizada: el médico y/o la médica.

“...anda al médico para ver que te dice y te mande algo” **Juana Alegría**

El estudio del climaterio, como enfermedad, siempre ha estado fuertemente influenciado por los enfoques positivistas y mecánico-reduccionista del modelo biomédico. La práctica médica se centra en el componente biológico dado al proceso de salud-enfermedad.

“...el médico me explicó que yo estaba pasando por el climaterio, que los ovarios ya no me funcionaban y que por eso se me había ido la regla y me daba los calorones y la rabia” **Juana Alegría**

“En la consulta de ginecología me explicaron que la menopausia era la última regla en una mujer...que el climaterio era una época donde a las mujeres nos aparece la tensión alta, el azúcar, nos deprimimos, nos ponemos bravas sin razón, presentamos sangrados irregulares” **Esperanza Victoria.**

“Mi ginecóloga me dijo que la mayoría de las manifestaciones que uno siente se deben a que los ovarios han dejado de funcionar...”**Mayra Alejandra.**

“El médico me dijo que la menopausia y el climaterio dependen del funcionamiento de los ovarios, que cuando llega la menopausia es porque los ovarios dejan de funcionar. **María Esperanza.**

Los anteriores discursos reflejan la noción de climaterio como enfermedad unicausal, en tal sentido Mary Luz Esteban expresa que:

La visión médica de la enfermedad como desviación de una norma biológica, la doctrina de que existe una etiología específica de las enfermedades, la noción de que las enfermedades son universales, la idea de que la medicina es neutral, o la dicotomía mente/cuerpo por citar algunos postulados...son más influyentes que en un diagnóstico generizado de la salud/enfermedad (2006:6).

El discurso médico se centra en la biología feminizada dejando de lado la subjetividad. Para Burin (2002), la subjetividad femenina es una construcción social e histórica en la que las representaciones ideológicas patriarcales, cumplen un papel de primera línea por cuanto a través de ellas las mujeres ponen en práctica sus funciones en el puesto que la sociedad les ha asignado como reproductoras y productoras de sujetos. La constitución de la subjetividad femenina está condicionada por factores económicos entre los cuales se encuentra la división sexual y social del trabajo; elementos simbólicos-culturales como la educación, el dinero, la moda, la influencia de los medios de comunicación, la publicidad, y por supuesto la influencia del imaginario social e individual.

Reconstruir lo subjetivo en torno al climaterio obligó a examinar cómo fue construido el cuerpo de las mujeres desde una visión patriarcal misógina, basado en una relación de dominación-sumisión que, en opinión de María Cristina González (2008a), “se inicia desde el momento en que los hombres se apropian de los medios de producción, del cuerpo y de la vida de la mujer en otras palabras; la apropiación patriarcal del mundo”. Esta visión androcéntrica hunde sus raíces en la tradición Judeocristiana a partir del pacto de Dios sellado solamente con los varones.

Además de la centralidad en el componente biológico, el modelo biomédico se caracteriza por la preeminencia de lo tecnológico, la excesiva valoración del componente estadístico, la poca importancia asignada a las ciencias sociales, la supremacía del gremio médico sobre los otros miembros del equipo de salud, el menosprecio al sentido común y al necesario diálogo de saberes al rechazar y descalificar a la medicina popular y a las prácticas tradicionales por no considerarlas científicas. En relación a este último punto y ante la incapacidad de la salud pública tradicional para desarrollar a gran escala programas de promoción de la

salud,Edmundo Granda plantea la necesidad de desarrollar *un nuevo contrato social de la salud pública*, en tal sentido expresa que:

“...es fundamental partir desde las prácticas, verdades, eticidades e intereses de esa población llana y simple con miras a interpretar dichos saberes preteóricos para ampliar, a través de la ciencia, las posibilidades de llegar a un enriquecimiento de la objetividad, de la politicidad y al fortalecimiento de la personalidad de los individuos que se conforman como actores y avanzan en la constitución de sujetos de conocimiento y de la acción...no es posible que podamos comprender las diversa interpretaciones sobre la salud y la enfermedad, si no buscamos internarnos en el mundo simbólico de nuestras poblaciones” (2009:77).

A través de este planteamiento de Granda, la subjetividad, los conocimientos, las prácticas de mujeres y hombres deben ser tomados en cuenta como elementos que contribuyen con el estado de salud, mostrando de esta manera, un distanciamiento con respecto a la salud pública tradicional y de su discurso reduccionista, organicista centrado en lo corporal, y sustentado en lo biológico exclusivamente.

Considerando lo antes expuesto, el enfoque reduccionista-mecanicista del cuerpo humano, no solo lo fragmenta en sus partes, sino que además “medicaliza hasta el extremo el cuerpo femenino, impidiéndole no solo asumirse como sujeto, con su identidad y palabra propia, diferente, sino obligándole a percibirse como patológico y necesitado constantemente de la ayuda, orientación y curación” Comesaña (2004:15).

En tanto tal, cabe decirque la ciencia médica se autoconfirió todo el derecho y el deber de apropiarse del cuerpo de la mujer, se encargó de patologizar no solo el cuerpo sino toda la subjetividad femenina, justificándose la intervención médica en todos los aspectos de su existencia. Todo esto sustentado por un modelo biomédico que convirtió al cuerpo de la mujer en el lugar de experimentación.

Retomamos las marcas ideológicas del sistema médico occidental, analizadas ampliamente por Balestrini (1999) las cuales nos sirven de apoyo para interpretar los discursos.

- La racionalidad científica gobierna los procesos cognitivos, el régimen de representaciones y la producción de sentido del discurso médico.
- En el discurso médico está presente la validez científica del conocimiento, legitimado por ser objetivo, racional, neutral, sistemático, verificable y poseedor de coherencia interna.
- En el espacio médico se constituye y configura un lenguaje científico propio que es utilizado como instrumento de poder.
- El discurso médico dominante se fundamenta sobre la premisa de la universalidad del conocimiento médico.
- El discurso médico se presenta como un modelo médico cerrado, negador de otras posibilidades diagnósticas y terapéuticas.
- Existe una concepción enteramente biologicista en la que el estudio del ser humano, desde el punto de vista de la salud, sólo tiende a los aspectos orgánicos, olvidándose de los aspectos psicológicos, culturales, ambientales, etc.
- El enfoque del estudio del proceso salud-enfermedad es netamente individualista y curativista, olvidándose del componente social y cultural del problema, obviando lo relativo a la prevención y promoción de la salud y en consecuencia, dejando de lado el mejoramiento de la calidad de vida.
- El discurso médico se construye mediante la negación de la historicidad del proceso salud-enfermedad, es decir, de la relación de los factores socio-histórico y culturales con dicho proceso.
- La racionalidad científico-técnica domina el discurso médico y contribuye de esta manera con el efecto de dominación en la relación médico-paciente.
- El modelo médico dominante se caracteriza por su pragmatismo y su mercantilismo en todas las áreas del quehacer médico tanto público como privado.

Por su parte Capra establece el origen del modelo biomédico (occidental), en la estrecha relación entre el desarrollo de la biología con su visión mecanicista de la vida y el desarrollo de la medicina influenciada por el paradigma cartesiano al expresar que; “se da una estricta separación entre mente y cuerpo e introduce la idea de que el cuerpo humano es una máquina concebible con arreglo a la colocación y el funcionamiento de sus partes” (1992:155). El cuerpo o partes de él pasan a ser el receptáculo de origen y desarrollo de la enfermedad. Un cuerpo descontextualizado de su entorno social y natural.

“...el médico me explicó que yo estaba pasando por el climaterio, que los ovarios ya no me funcionaban y que por eso se me había ido la regla y me daba los calorones y la rabia.... que me iba indicar una hormonas para tratarme las molestias que yo tenía” **Juana Alegría.**

“En la consulta de ginecología me dijeron que las alteraciones menstruales podrían deberse a la fibromatosis, a los cambios hormonales propios de mi edad, que no había necesidad de operar, que me podían controlar con tratamiento médico, me indicaron unas pastillas para regularme la regla” **Esperanza Victoria.**

“Mi ginecóloga me dijo que la mayoría de las manifestaciones que uno siente se deben a que los ovarios han dejado de funcionar” **Mayra Alegría.**

“El médico me dijo que la menopausia y el climaterio dependen del funcionamiento de los ovarios, que cuando llega la menopausia es porque los ovarios dejan de funcionar. **María Esperanza.**

Capra considera que la medicina moderna bajo el influjo del modelo biomédico presenta dos grandes problemas: en primer lugar, el perder de vista la humanidad

del/la paciente desde el momento en que centra su atención en partes cada vez más pequeñas del cuerpo y en segundo lugar la pérdida de la capacidad de tratar con el fenómeno de la curación al reducir la salud a una función mecánica, para ser más específico, este segundo elemento constituye para este autor, el más grave defecto del modelo biomédico y al respecto propone que:

Para reincorporar el concepto de curación a la teoría y la práctica de la medicina, las ciencias médicas tendrán que ir más allá de su visión parcial de la salud y de la enfermedad... ampliando su base conceptual... se necesitará un concepto de salud mucho más amplio que incluya sus dimensiones individuales, sociales y ecológicas, y que tenga una visión integral de los organismos vivientes y, por consiguiente una visión integral de la salud (1992:136).

En este orden de ideas, investigadoras sociales, tales como Francés (2003), opinan que el modelo biomédico construye estereotipos sociales que configuran una visión negativa y patológica de la menopausia (climaterio) asociada al sentimiento de pérdida y al envejecimiento, lo cual conduce a la medicalización del proceso y denota la consideración del Climaterio como una entidad patológica y más específicamente una enfermedad del cuerpo. En su trabajo de investigación, encontró que el grupo de mujeres entre cincuenta y sesenta años de edad, ante el primer síntoma acudieron a consulta médica recibiendo tratamiento hormonal sustitutivo, terapia alternativa u homeopatía, lo cual revela que este grupo de mujeres y los/las médicos/as que las atendieron consideran a esta etapa como una enfermedad o como una situación deficitaria.

Continuando con el hilo conductor del climaterio como enfermedad, desde el modelo biomédico, la ciencia en general y la medicina en particular, se han encargado de llevar a cabo las tareas para la sujeción de las mujeres. En relación a la consideración del cuerpo de la mujer como un ente enfermo Daisy Camacaro expresa: “El discurso

médico se traduce en acciones que han sido sistemáticamente aceptadas como verdades absolutas e irrefutables, que impiden ver las consecuencias físicas, psicológicas y emocionales de la mujer, dentro de este contexto el cuerpo de la mujer sólo evoca enfermedad” (2009:222), por su parte Gil (1999) afirma que la menopausia (climaterio), se estructura más allá de un estado normal concomitante al cuerpo femenino, como fenómeno investigativo y como estado patológico; luego a las mujeres en ese estadio se las estudia como entidades susceptibles de enfermar y, a partir de allí, se ofrece la posibilidad de prevenir o tratar la enfermedad creada, el sustrato que se mueve bajo la menopausia (Climaterio) es la enfermedad, por eso su mirada se hace desde la medicina y bajo la conducción de un discurso hegemónico médico que no da cabida a otras miradas, a otras interpretaciones, solamente una mirada del cuerpo como una máquina desperfecta cuya reparación sólo concierne al equipo médico.

“...a mí me agarró el colesterol y me mandaron atorvastatina...también me mandaron hormonas...yo no me las tomé porque yo no soy pollo” **Juana Alegría.**

“El doctor me dijo que por mi edad me iba a referir a la consulta de climaterio y menopausia...yo me asusté porque pensé que eso era una enfermedad” **Esperanza Victoria.**

“A veces me deprimó y sufrí de resequedad vaginal, el doctor me indicó un tranquilizante y hormona para la resequedad vaginal” **María Esperanza.**

“Mi ginecóloga no consideró necesario ningún tratamiento porque mis manifestaciones han sido leves y de poca duración” **Mayra Alegría**

En relación a los prejuicios, mitos y estereotipos construidos socialmente alrededor del climaterio y la menopausia, entre ellos la enfermedad, Delfina Charlton

(2003) desde su óptica biologicista refiere: El climaterio es una etapa negativa para las mujeres y generadora de múltiples dolencias, es el fin de la plenitud femenina, es una enfermedad que se cura con tratamiento médico.... son viejas histéricas, deprimidas, poco interesantes y poco atractivas, veteranas y fósiles. Con la finalidad de explicar más la presencia de enfermedades durante el climaterio, esta visión misógina de Delfina Charlton atribuye a la obesidad y el aumento de peso como situaciones disparadoras del desarrollo de la hipertensión arterial, la diabetes, la dislipidemia y el agravamiento de la osteopenia y la osteoporosis en conjunción con el sedentarismo y la dieta inadecuada.

Ante tales posiciones descalificadoras de la condición femenina durante el climaterio, es necesario abordar esta etapa de transición desde la teoría feminista y por ende desde la categoría de género como matriz epistémica para dejar al descubierto como la construcción de lo femenino condiciona la mirada, las valoraciones, las representaciones, la vida. Leticia Artiles (2007), comenta que en relación al proceso de salud enfermedad existe un desbalance entre hombres y mujeres, desbalance representado por un lado, por el sistema patriarcal androcéntrico que genera marginación, explotación, exclusión de las mujeres, las heterodesigna, les asigna los espacios (el doméstico por excelencia) y las funciones, las hace proclives a la doble y hasta triple jornada laboral muchas veces en condiciones infrahumanas. Por el otro lado, el peso que significa su función reproductora todo lo cual se traduce en una sobrecarga física y emocional que alcanza su punto culminante en la etapa de climaterio, donde además se conjugan elementos o condiciones asociadas al proceso de envejecimiento.

Por su parte Eva Romero y Georgina Sánchez (2010), manifiestan la necesidad de tomar en consideración que la vivencia del climaterio está estrechamente relacionada con el contexto sociocultural de las mujeres, con su historia de vida, con sus creencias y costumbres, con sus expectativas personales, y con sus vivencias relacionadas con el

misterio de la sangre, es decir la menstruación, el parto y la menopausia. En la misma línea argumentativa de tomar en cuenta la perspectiva de género en la consideración del Climaterio, Fernando Lolas (2012) plantea que éste es un acontecimiento más biográfico que biológico. En su construcción intervienen el sentido común, las tradiciones, las disciplinas biológicas y sociales. Su carácter de transición biológica crítica pero estable se ve reducido por la terminología médica que habla de síntomas del climaterio como si fuera una enfermedad. Esta construcción desde la medicina presupone la indicación de un tratamiento que restaure la salud de la mujer en climaterio.

El modelo cartesiano newtoniano ha impactado los modelos de atención separando enfermedades del cuerpo y de la mente. Por otro lado el interés de la medicina moderna se fue trasladando del cuerpo y su funcionamiento a los órganos y sus funciones dando origen a las diferentes especialidades y subespecialidades médicas. De los órganos y sus funciones se fue pasando progresivamente a las células, a las moléculas y de esta manera; al alejamiento de los médicos y las médicas de la persona y su subjetividad; una medicina deshumanizada. La mujer pasó a ser un número, una cama, una cosa sin nombre, o en el peor de los casos, seres calificados de manera despectiva: “la vieja de la cama tal” “la gorda del cuarto tal” “la drogadicta que tenemos en la sala X” “la menopáusica que vino a traer los exámenes”. La mujer como ser integral dejó de ser asunto de interés para médicos y médicas.....en los hospitales...en los centros privados, en todos los espacios sociales.

Además de descuidarse a la persona y centrarse en la enfermedad, la salud pública dirigió su mirada hacia las alteraciones del componente biológico, presionada por las fuerzas del mercado, dejando de lado los determinantes socioculturales y ecológicos de la salud. En opinión de Edmundo Granda (2009), la salud pública denominada por él como “enfermología pública”, ha mermado su credibilidad y su legitimidad debido, entre otras consideraciones a la incapacidad de modificar las deterioradas

condiciones de salud de las poblaciones, la incapacidad de interpretar el lenguaje que expresa las necesidades de múltiples actores y actoras “ante la lujuria del poder, del dinero y del saber”. Para Granda “Es el momento de que aprendamos a interpretar ese lenguaje, para desde allí apoyar a través de la ciencia, la técnica y la fuerza del Estado-mercado una acción más acorde con esas necesidades” (2009:76).

“A mí me dio de todo ni yo misma me aguantaba, yo creía que era la tensión, que estaba enferma del corazón, que me iba a dar una vaina...un infarto...sentía unos calores muy feos...yo en mi casa me ocupaba de toda...sólo pude sacar la primaria...vivo en un barrio junto con mi esposo que trabaja en una contrata, mi hijo, mi hija y su hija...vendo cosas, chucherías en mi casa para mantener el hogar” **Juana Alegría.**

“...la regla fue lo que más me afectó, los calores ocasionales, los cambios de carácter, el agotamiento que siento al final del día y el menor deseo sexual... he notado que estoy más gorda sobre todo en el abdomen y eso me preocupa, no por la belleza sino porque sé que me afecta por la hipertensión y la diabetes...trabajo en mi propia casa como peluquera, además hago las labores propias del hogar...vivo con mi esposo, mi hijo, mi hija y mi nieta...no pude terminar el bachillerato...mi vida sexual no ha sido grata con las dos parejas que he tenido” **Esperanza Victoria.**

Al alejarse de la persona y sus vicisitudes, al centrarse en la enfermedad, la función de la medicina se ha ido desdibujando, atrapada en una visión mercantilista, morbicentrista, tecnocrática, biologicista e individualista. En relación a estas dos últimas características de la medicina, María Cristina González afirma que “esta concepción biologicista e individual, olvida deliberadamente que las propiedades biológicas del ser humano no se manifiestan directamente, sino que se ven modificadas por los factores sociales” (2005:27). Coincidiendo con esta visión, es necesario entender y poner en práctica acciones donde se conjuguen los aspectos físicos, ambientales, psicológicos y socioculturales que son determinantes en la

conservación de la salud género sensitiva. Dentro de las prácticas debe incluirse la promoción del poder curativo de la mente, tal como lo hace la medicina oriental o la medicina alternativa al promover la autoconfianza en las propias fuerzas. Hacer énfasis en la interrelación salud, condiciones y estilos de vida es el camino. La formación del/la profesional de la medicina debe centrarse en el estudio de las interacciones complejas entre cuerpo, mente y entorno si se quiere dar verdadera importancia a la promoción de la salud desde una perspectiva inter e intra genérica.

En tanto tal, es necesario que se produzca un cambio, el cual debe iniciarse en las escuelas de medicina donde los y las estudiantes reciban una formación en la que el uso de la tecnología, el abuso en la prescripción de medicamentos y la práctica de una atención médica reduccionista, despersonalizada, y deshumanizada no constituyan la base epistémica de la formación. Cualquier cambio del actual sistema de atención médica debe comenzar por reformar la educación médica, incluyendo por supuesto la necesaria transformación de la mentalidad de quienes se encargaran de la formación. El modelaje como herramienta de aprendizaje es fundamental, ese modelaje debe comenzar por el rescate de la persona, de su dignidad, que no siga siendo tratada como un número, una cama, sin sentimientos, sin historia, sin capacidad para tomar decisiones. Decisiones que siempre las toma el médico tratante sin tomar en cuenta la opinión de la persona la que, en opinión de María Cristina González, “es despojada de su condición de ente crítico y autónomo y convertido en objeto. A través de la relación saber-poder-dominación-sumisión, el sujeto-paciente acepta su condición de invalidez y todo deviene en conformismo y en asumirlo todo como lógico y natural” (2005:28).

Por su parte Rigoberto Lanz (1998:65-66), refiriéndose a la ideología, la coerción política y la explotación del trabajo, expresa opiniones que bien pueden ser aplicadas a las relaciones que se dan en el campo médico a través del discurso hegemónico, entre esas opiniones considero importante traer a colación las siguientes:

- Toda práctica discursiva remite, no solo al estado terminal del producto (el lenguaje), sino a las condiciones de producción gobernadas por la razón instrumental.
- La cobertura ideológica del discurso está asociado a las propiedades mismas del discurso; las propiedades del locutor legítimo, las propiedades del aparato institucional que lo legitima.
- El discurso del locutor legítimo se reproduce socialmente gracias a la subordinación de las representaciones y discurso diferenciales, la articulación del discurso legítimo con prácticas, relaciones y aparatos de dominación, la lógica de las necesidades semiológicas que la racionalidad instrumental impone.

Continuando con la relación que debe existir entre el personal de salud y la/s paciente/s, es necesario que la academia fomente, en los y las estudiantes de medicina, el respeto a los derechos de las personas enfermas o no. Un proceso de aprendizaje que fracture la visión reduccionista disciplinar hacia una perspectiva integral e integradora. Una formación que trascienda “una medicina tecno-científica que profundiza la separación mujer-ambiente, mujer-cuerpo, mujer-sociedad” (González 2005:33).

“...el médico me explicó que yo estaba pasando por el climaterio, que los ovarios ya no me funcionaban y que por eso se me había ido la regla y me daba los calorones y la rabia...que también lo que uno siente se debía a como uno llevaba la vida en la casa porque uno se ocupa de todo” **Juana Alegría**

“...en la consulta de climaterio me explicaron que la menopausia era la última regla en una mujer... que el climaterio era una etapa normal que muchas mujeres pasan sin mayores inconvenientes pero a otras les puede aparecer la tensión alta, el azúcar, se deprimen, se ponen bravas sin razón, presentan sangrados irregulares...yo soy hipertensa y diabética” **Esperanza Victoria.**

“Mi ginecóloga me dijo que la mayoría de las manifestaciones que uno siente se deben a que los ovarios han dejado de funcionar, por ejemplo los calorones, los trastornos del humor, la resequedad vaginal pero que no siempre amerita tratamiento, como es mi caso. También me dijo que otras manifestaciones podían deberse a problemas de salud que coinciden con la etapa de climaterio como es el caso de la hipertensión y la obesidad. En la consulta de climaterio me explicaron que el climaterio era un período normal de transición entre la madurez y la senectud de una mujer, que la menopausia era el acontecimiento central del climaterio, que la menopausia dependía del cese de la función de los ovarios y que el climaterio además de esta dependencia ovárica se debía también a la acción de factores socioculturales”

Mayra Alegría.

Los discursos permiten visualizar un cambio respecto a la conceptualización del climaterio por parte del personal médico que lleva a cabo la consulta de climaterio del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello. Podemos observar, en discursos desplegados, que el climaterio deja de ser considerado unicausal y patológico, que en su génesis y expresión intervienen factores socioculturales, que no niega la presencia de condiciones sino que las considera como coincidentes con el climaterio, que las manifestaciones que presentan las mujeres en climaterio no siempre ameritan tratamiento y que en todo caso, se debe consultar la opinión de la mujer para que sea ella quien decida la conveniencia o no de recibir tratamiento. Por supuesto, apoyada en la adecuada información aportada por el/la médico/a. Esta situación nueva respecto a la atención de las mujeres en climaterio parte de un cambio que se ha dado en mi persona a partir de mis estudios en el doctorado de ciencias sociales. Basado en esta experiencia entré en un proceso de reflexión que me ha permitido tomar distancia del modelo biomédico y sus implicaciones, llevándome a tener una visión más humana de las mujeres en general y de aquellas que están pasando por la etapa de climaterio en particular.

El climaterio constituye un acontecimiento muy importante en la constitución de la subjetividad femenina, por cuanto, la transformación del deseo sexual femenino en un imperativo maternalreproductor, que ocurrió años atrás, tendrá gran influencia en la transformación de la subjetividad femenina en el momento en que la función reproductora finaliza, dejando a muchas mujeres sin uno de los soportes en que descansaba su feminidad

El proceso de reflexión me llevó a tomar en cuenta su historia de vida, sus miedos, sus angustias, en definitiva su subjetividad y sus estilos de vida para procurarles un cambio de sus representaciones respecto al climaterio que las llevarahacia la consecución de una mejor calidad de vida. Como fundador y coordinador de la consulta de climaterio y menopausia he tenido la oportunidad de transmitir a mis discípulas y discípulos de pregrado y postgrado esos cambios que en mi se han dado, para que los incorporen en su ejercicio como estudiantes y los pongan en práctica en su futuro ejercicio profesional, teniendo como norte la dignidad de las mujeres. Esos cambios, incipientes, ya empiezan a manifestarse con la nueva conceptualización del climaterio y sus determinantes por parte del personal médico de la consulta. Expresión de ello es el discurso de las actoras informantes quienes señalan un cambio de percepción.

“Después de que he asistido a la consulta de climaterio todo ha vuelto a la normalidad...el trabajo en mi casa ahora lo realizamos entre todos...salgo a caminar como me lo indicó mi médico...ahora conversamos más...mi esposo se ríe y me hace reír” **Juana Alegría.**

“Ahora me siento menos agotada...mi esposo y mis hijas colaboran más en las cuestiones de la casa...conversamos más...me siento acompañada en mis labores” **Esperanza Alegría.**

Ante el evidente fracaso del modelo biomédico tradicional mercantilista y enfermológico, alejado de la noción de salud, se hace necesario la puesta en práctica de otro modelo médico que rescate lo bueno del modelo biomédico e incluya los elementos que contrarresten las fallas del primero, en tal sentido Marilyn Ferguson (1990) expone las características que acompañan a esta nueva propuesta.

- -Además de tratar los síntomas, se interesa por detectar pautas y causas.
- -Se preocupa por el paciente en su totalidad.
- -Hace énfasis en los valores humanos en la relación médico/ca- paciente.
- -La aptitud del profesional de la medicina constituye un factor de curación.
- -El dolor y la enfermedad constituyen fuente de información sobre el conflicto y la desarmonía subyacente.
- -Debe haber una intervención mínima con la tecnología apropiada, complementada con un arsenal completo de técnicas no invasoras (psicoterapia, dieta, ejercicios).
- -El cuerpo es considerado como un sistema dinámico, como un contexto, o como un campo energético dentro de otros.
- -La enfermedad y la incapacidad son vistas como un proceso.
- -Existe una preocupación por alcanzar un máximo de bienestar, una meta-salud.
- -El paciente y la paciente son o deberían ser autónomos.
- -El profesional de la salud es un compañero terapéutico.
- -Existe una unidad cuerpo-mente, la enfermedad psicosomática entra en el campo de todos/as los/las profesionales de la salud.
- -La mente es un factor primario o equivalente a los demás en toda enfermedad.
- -El efecto placebo demuestra el papel de la mente en la enfermedad y en la curación.

- -Debe existir confianza primariamente en la información cualitativa que abarca las informaciones dadas por el/la paciente y la intuición del/la profesional; los datos cuantitativos son auxiliares.
- -La prevención es coextendida a la totalidad: trabajo, relaciones, objetivos, unidad cuerpo-mente-espíritu.

En relación a los cambios necesarios Capra (1992) plantea la necesidad de un concepto de salud menos utópico pero si más abarcante, más dinámico “...un concepto de salud mucho más amplio que incluya sus dimensiones individuales, sociales y ecológicas, y que tenga una visión integral de los organismos vivientes” (1992:136), desde esta perspectiva es posible ir desmontando las representaciones ideológicas que han determinado diferentes modos diferentes de vivir, enfermar y morir. En los apartes que siguen, se abordan toda una serie de autores que nos aportan elementos fundamentales para poder comprender la necesidad que tiene la salud pública tradicional de dar un giro de 180 grados a fin de poder incorporar aspectos fundamentales que tienen que ver con la determinación social de la salud y a partir de allí construir un pensamiento alternativo al construido sobre el climaterio.

Además de los cambios hasta ahora planteados se hace necesaria una mirada que trascienda la salud pública tradicional. Dentro de esta nueva mirada se encuentran autores/as como Valencia, Granda, Breilh, Samaja y Castellanos. Para Valencia (2011) esta nueva mirada está representada por *la nueva salud pública o salud pública alternativa* que se nutre con los aportes de: a) la corriente crítica, b) la medicina social, c) la salud colectiva, d) los determinantes sociales de la salud, e) el enfoque de género, f) la teoría de la complejidad. Según Jaime Breilh (2008), citado por Valencia, esta corriente viene a constituirse en una postura neocausalista en la que simplemente los determinantes sociales de la salud vendrían a cumplir la función de factores de riesgo.

Jaime Breilh (2010), toma distancia de la salud pública tradicional y propone superar las restricciones clásicas de la teoría del espacio urbano-que es reducido a un simple continente físico o circunscripción administrativa y que ata el diseño de políticas públicas al funcionalismo- y las concepciones reduccionistas sobre salud y el ambiente, para acercarse a la necesidad de una salud colectiva. Refiriéndose a los *Procesos Críticos de La Determinación de La Salud En Las Ciudades, bajo la mirada de la Epidemiología Crítica* expone varias consideraciones que deben ser tomadas en cuenta al abordar el climaterio:

- -La epidemiología de lo urbano requiere analizar los vínculos y las diferencias entre espacio, geografía y ecología, entendiendo la geografía como el conjunto dinámico de procesos naturales transformados históricamente, ubicados y localizados en las ciudades- equipamiento, infraestructura- y la ecología, concebida como las relaciones entre mujeres y hombres entre sí en la ciudad, y con su entorno orgánico e inorgánico.
- -La salud humana y los ecosistemas son objetos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinados. Alerta sobre la necesidad de tener en cuenta y trabajar las relaciones social-biológico y sociedad –naturaleza para no caer en los determinismos biológico-como en el caso del climaterio- ni en el determinismo histórico.
- -Existe un condicionamiento histórico de los fenómenos físico-químicos y biológicos de la naturaleza y de los procesos fisiológicos del fenotipo y genotipo de hombres y mujeres. Ambos componentes tienen una historicidad y se mueven en relación con los procesos sociales. Lo natural tiene como necesario lo social para desarrollar su propio espacio, y a su vez participa en la configuración de la historia del todo social.
- -La moderna biología establece la unidad dinámica de movimiento ente ambiente, fenotipo y genotipo, no como un proceso de adaptación de los organismos

al ambiente, sino como un cambio permanente del patrón de transformaciones mutuas que se establece entre aquellos y el ambiente.

- -En la realidad epidemiológica no existe objetos puros, ni sujetos puros, sino un movimiento entre sujetos que se objetivan y objetos que producen sujetos.... No hay un espacio urbano de la salud como lugar estático, continente, pasivo, sino un espacio complejo y en movimiento creador.
- -La praxis humana articula el movimiento de espacio y tiempo, para superar el pensamiento lineal de la epidemiología convencional.
- -No puede haber una geografía de la salud en el espacio urbano sin historia, ni una historia de la salud sin geografía.
- -El objeto salud es complejo en sus dimensiones cognitivas, ontológica (el ser), epistemológica (conceptualización) y praxica (sus formas prácticas).
- -La salud se desarrolla como proceso vinculado entre las dimensiones espaciales de lo general, particular y singular.
- -En la ciudad se desarrollan su reproducción social distintas clases sociales, cruzadas por características y relaciones étnicas y por relaciones de poder de género, en la interface de esas relaciones se desarrollan modos de vida colectivos.
- -En el espacio individual y familiar constituyen su vida las personas concretas que con el tiempo organizan sus propios estilos de vida.
- -En el marco de los modos de vivir grupales y los estilos de vida individuales que aquellos hacen posible, se forman maneras de vivir, elementos y tendencias malsanas, así como procesos saludables y protectores que condicionan el desarrollo en el fenotipo y el genotipo de las personas, sea procesos favorables (fisiológicos, soportes y defensa físicas y psíquicas), o sea de alteraciones y trastornos (fisiopatológicos, vulnerabilidades y debilidad psicológica).
- -El perfil epidemiológico viene a ser el resultado de la combinación de los procesos anteriormente expuestos con los modos de vida y relacionados con las determinaciones y contradicciones estructurales más amplias.

Continuando con los autores que promueven un cambio en la salud pública hacia la salud colectiva y por ende una crítica al modelo biomédico, expongo a continuación los elementos en que se fundamenta Edmundo Granda (2009) para proponer *Un nuevo Contrato Social De La Salud Pública*.

Entre los motivos que justifican este nuevo contrato social, señala la crisis de la salud pública la cual se expresa en la incapacidad de poder resolver la situación de inequidad en la salud y acceso a los servicios de salud en que se encuentra amplios sectores de la población, entre quienes se encuentran las mujeres y dentro de éstas las de condiciones socioeconómicas más precarias. La imposibilidad de poder modificar las deterioradas condiciones de salud de las poblaciones, la presencia de enfermedades emergente y reemergentes, el deterioro de los servicios de salud, la imposibilidad de desarrollar amplios programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. La voz de mujeres y hombres no ha sido tomada en cuenta, sus aspiraciones, sus inquietudes han sido dejadas de lado por el discurso de la ciencia médica.

Ante tal panorama, *el nuevo contrato social de la salud pública* que plantea Granda tendría como objetivo fundamental darle voz a hombres y mujeres para que expresen sus necesidades, sus inquietudes, para que se conviertan en gestores y sujetos/as de su propia salud, y para que a través de esa formación puedan comprender la salud y la vida, y así poder reinterpretar la enfermedad y la muerte. Invirtiéndose de esta manera, la situación imperante en la praxis de la salud pública. La participación de la población en cuestiones de salud pública sería el motor que enrumbaría la salud hacia nuevos horizontes, travesía que contaría o debe contar con la participación de las ciencias sociales y otras instituciones del Estado. De lo que se trata es de transformar las mentalidades del sector médico para poder interpretar adecuadamente los cambios que se van a producir.

Para el cumplimiento de esta propuesta, Granda ha contado con la ayuda que le proporciona la Epidemiología Crítica que entre otras consideraciones ha ampliado el concepto de causalidad del proceso salud-enfermedad, al tomar en cuenta los determinantes sociales, económicos y políticos de la enfermedad colectiva, lo cual trae como consecuencia, la necesidad de cambios a la hora de procurar la salud de la población en general y en especial de las mujeres en proceso de Climaterio y menopausia.

Otro autor que interviene para fomentar un cambio de mirada del modelo biomédico hegemónico es Juan Samaja (2004), quien expresa que las nociones de salud enfermedad no son de ninguna manera creaciones autónomas de la imaginación de los individuos, todo lo contrario, son reglas que han surgido de la imaginación de los individuos, han surgido de la epigénesis biológica, comunal, estatal y societal de los individuos. Son el resultado de un largo proceso histórico de construcción simbólica. Todo individuo cuando se enfrenta al mundo de sus objetos actuales lo hace desde un plexo de prejuicios que su proceso formativo ha depositado en sus instrumentos representacionales, como es el caso del climaterio.

“Yo no sé por qué dicen que la mujeres no servimos cuando se nos va la regla....mi esposo y mis hijas me decían es que tú piensas mucho en enfermedades....no te hagas cosas en la mente hasta que el médico no te diga lo que es....anda con el médico para ver que te dice, para que te mande algo....entonces mi esposo me dijo.... ah entonces estás viejita....” **Juana Alegría.**

“mi esposo, mi hijo y mis hijas sólo me manifiestan que mi carácter está imposible, que estoy menopausica, que estoy vieja...no les pongo cuidado porque yo no me siento vieja ni lo estoydesde pequeña uno oye a las mujeres mayores hablar de eso, de los calorones, de las rabietas, de que si no puedes dormir.... que cuando estás

menopáusicas siente calorones, te pones rabiosa con el marido, con los hijos, que si la regla va y viene.... uno oye que a las mujeres se les va la regla y que por eso se ponen viejas y que no sirven.” **Esperanza Victoria.**

“...uno oye decir que las mujeres cuando les llega la menopausia se ponen viejas, achacosas y no sirven...” **Mayra Alegría.**

Los modelos de salud enfermedad son formas a priori heredadas culturalmente para la recepción e interpretación de circunstancias existentes en términos de significantes individuales. Nuestros modelos de salud-enfermedad-atención son la sedimentación de la millonaria historia comunal y de la milenaria historia cultural política y social.

El rasgo más destacado del paso de las configuraciones biológicas a las culturales consiste en que las formaciones culturales no están fijadas sólo en el soma como sucede con las especies biológicas sino también en el campo imaginario y en las producciones simbólicas.

“Yo no sé por qué dicen que la mujeres no servimos cuando se nos va la regla....mi esposo y mis hijas me decían es que tú piensas mucho en enfermedades” **Juana Alegría.**

“...uno oye decir que las mujeres cuando les llega la menopausia se ponen viejas, achacosas y no sirven...” **Mayra Alegría.**

“...la gente dice que al tener la menopausia estás vieja, que ya no sirves” **María Esperanza.**

Continuando con los autores que asumen una posición de avanzada ante la crisis de salud pública expresada en las limitaciones conceptuales metodológicas para poder responder a los desafíos que plantean los nuevos tiempos; encontramos a Pedro Luis Castellanos quien manifiesta “Superar esta crisis de hegemonía del pensamiento sanitario rescatando lo esencial del mismo, en cuanto a sumir la salud como derecho ciudadano, la responsabilidad del Estado de velar por la satisfacción de dichos derechos, reducir las inequidades sociales en salud, requiere sin duda que desde el campo de la epidemiología se revisen muchos de los fundamentos y métodos que utilizamos y que ya han sido superados” (1995:1).

La propuesta de Castellanos incluye el rescate de lo social como elemento determinante del proceso salud-enfermedad, el enfrentamiento a la concepción mecanicista del cuerpo humano. Considera la situación de salud de la población como un asunto de gran complejidad que debe ser afrontada con una visión multidisciplinaria, en tal sentido expresa “Cualquiera sea nuestro nivel de abordaje, formará parte de un nivel mayor y estar integrado por sistemas menores cada uno de los cuales corresponde a una totalidad en un nivel inferior organizativo de la realidad” (1995:9). Pedro Luis Castellanos recomienda que desde la epidemiología se revisen los fundamentos y métodos a fin de superar la crisis de hegemonía del pensamiento sanitario, en tal sentido expresa:

Todos los desarrollos conceptuales y metodológicos disponibles hoy han contribuido a convertir el campo del análisis de situación de salud y condiciones de vida en un campo intelectual desafiante, y a la epidemiología en una ciencia que retomando sus raíces como disciplina básica de la salud pública y sus compromisos de siempre con los esfuerzos por reducir las inequidades sociales de salud, va incorporándose al campo de las ciencias contemporáneas más productivas, superando progresivamente el marasmo intelectual en que fue sumida por el empirismo predominante en las ciencias llamadas modernas (1995:37).

Todo lo expresado por los autores antes señalados nos invita a tener en consideración que la subjetividad debe ser tomada en cuenta en cada momento que nos enfrentemos al proceso de salud-enfermedad. Es harto conocido que las mujeres tienen mayores necesidades de atención en salud relacionadas con sus condiciones reproductivas, lo cual se ve agravado por el hecho de ser ellas las que tienen menos recursos económicos para el pago de una atención de situaciones de enfermedad, la morbilidad diferencial es un hecho incuestionable que debe ser abordada desde una perspectiva de género y desde una salud pública crítica la cual va a permitir ver al climaterio desde otra episteme.

Las mujeres en climaterio han sido miradas fundamentalmente desde el punto de vista médico, a esto debemos agregar que desde el punto de vista representacional se les ha ido etiquetando como viejas, enfermas, que no sirven, expresiones que a su vez han sido internalizadas y asumidas por las mujeres. Entre los y las que propagan ese discurso encontramos a los/las hijos/hijas, su pareja, amigos, amigas, los y las médicos/as, imaginario que además es divulgado por los medios de comunicación social.

El recorrido para la construcción de la representación social del climaterio generalmente se inicia en el hogar cuando las niñas, las adolescentes y las adultas menores oyen a otras mujeres mayores del entorno familiar hablar de este proceso.

Ante esta situación las mujeres son etiquetadas desde el hogar como menopáusicas, sus propios familiares les dicen “Tú lo que estás es menopáusica...anda al médico”. De esta manera la niña, la joven y la adulta menor tienen “el primer contacto con el acontecimiento del climaterio, construido éste como enfermedad, fin de la vida, etc. Representación que es reforzada cuando oyen el mismo comentario en sus espacios

laborales, académicos y en el espacio médico. El climaterio se consolida en el imaginario colectivo como enfermedad.

Sin lugar a dudas, el Modelo Biomédico supone una mirada netamente morbicentrista, curativista, medicalizada de todos los procesos de la vida entre ellos, el climaterio. Proceso que ha estado totalmente desconectado de los aspectos psicológicos, sociales y culturales, en otras palabras, respecto al climaterio, la medicina ha privilegiado lo orgánico y biológico dejando de lado la subjetividad de las mujeres, ha privilegiado el sexo excluyendo al género. En opinión de Rosa Cobo (2005) el género se refiere a la existencia de una normatividad femenina edificada sobre el sexo como hecho anatómico, esa normatividad se asienta en el patriarcado en donde el género es un principio de jerarquización que asigna espacios y distribuye recursos a mujeres y hombres de manera desigual.

Para afrontar la situación hegemónica del modelo biomédico en el patriarcado Marta Lamas (2000), plantea la necesidad de incorporar el género para poder enfrentar el determinismo biológico y la visión patriarcal que se tiene sobre las mujeres. Impactar los esencialismos que tanto daño han hecho para comprender la vida de las mujeres y sus procesos de cambio. Al incorporar el género, como eje transversal en las prácticas de salud se está en capacidad de descubrir el origen de las inequidades en el espacio salud, develándose los sesgos sexistas y androcéntricos en la gestión y en la atención de la salud que afectan principalmente a las mujeres. Abordar lo subjetivo en torno al climaterio para contribuir a fracturar la representación social del climaterio como enfermedad tiene como norte contribuir a mejorar la calidad de vida de las mujeres y su grupo familiar.

Indudablemente que tal como están planteadas las cosas, es necesario hacer cambios profundos en el enfoque que se le ha venido dando al climaterio en los centros de salud y en los espacios académicos. Es evidente que no se puede seguir actuando sólo

bajo el modelo biologicista que todo lo asume como un proceso meramente patológico, medicalizado, desvinculado de los aspectos socio-históricos, culturales, de género, clase, territorio social. Es necesario encararlo desde y con las propias mujeres. En tal sentido, es importante que el climaterio deje de ser considerado un acontecimiento puramente biológico y pase a ser visto como un proceso biográfico. Es necesario que el equipo de salud tenga una actitud diferente hacia las mujeres en climaterio, mirarlas como actoras de un proceso donde los aspectos psicológicos, culturales, sociales, históricos y ecológicos tienen gran influencia, tal como lo plantea Artiles (2004), en el sentido de tomar en cuenta las condiciones de vida y sus factores constituyentes: lo económico, lo ecológico, lo conductual y lo biológico.

Dentro de este nuevo enfoque, deben privilegiarse programas de educación e intervención en salud a fin de disminuir el impacto psico-emocional negativo que el climaterio genera en las mujeres y su grupo familiar. Las mujeres tienen patrones culturales y sociales que determinan en buena medida, sus representaciones del mundo que las rodea, de ese mundo que las construye y al cual ayudan a construir con su quehacer diario, un mundo lleno de subjetividades e intersubjetividades, el mundo de la vida, y dentro de ésta, la correspondiente al climaterio con su cosmovisión positiva y negativa, teniendo no sólo una visión desde el sexo como ha venido sucediendo sino que se debe incorporar el género como elemento fundamental.

La incorporación de la mirada de género en el espacio salud permite, en opinión de María Cristina González (2012), comprender como ha sido la construcción de lo femenino desde el modelo biomédico que considera al cuerpo humano como una máquina, a la enfermedad como desperfecto de dicha máquina y al/la médico/a como la persona con autoridad legítima y legitimada para intervenir en la solución del desperfecto y recuperar la salud, negando la competencia de otros saberes.

La utilidad de la perspectiva de género en la presente investigación, viene dada en la medida en que permitió acercarnos críticamente a las representaciones sociales de las mujeres en climaterio, desde sus propios sentimientos, sus expectativas, desde sus miedos, desde sus propias construcciones simbólicas cimentadas en su diario vivir en un mundo social que las ha discriminado, invisibilizado, marginado y contra el cual han luchado. Esta perspectiva nos permitió abordar aspectos importantes de la explicación de la salud más allá de la explicación monocausal centrada en la biología, más allá de la consideración del sexo como elemento fundante del proceso salud-enfermedad, toma en cuenta la calidad humana que se eminentemente social. Esta perspectiva no niega la contribución del sexo al proceso de salud enfermedad, lo que si afirma es que sexo y género no son marcadores sociales que actúan por separado, que lo biológico-corporal se entrelaza con lo sociocultural en una relación dinámica, compleja en la que el todo y las partes son inseparables.

Lo anteriormente expuesto significa que la perspectiva de género se enfrenta al modelo biomédico funcionalista, morbicentrista, más curativista que preventivista guiado por una práctica médica que en vez de regirse por una visión de complejidad tiende a la fragmentación, a la separación de lo psicológico o mental de lo orgánico o corporal, lo preventivo de lo curativo, lo biológico de lo sociocultural y ambiental, lo individual de lo colectivo, dejando de lado lo referente a los determinantes económicos, sociales, culturales, ambientales y políticos del proceso salud-enfermedad. El género, como construcción social, se constituye en un elemento fundamental que profundiza la vulnerabilidad biológica de las mujeres, lo cual se agrava desde el momento en que se transversaliza con otros factores determinantes de la desigualdad como la raza, la etnia, la clase social, la pobreza, la marginalidad, el bajo nivel educativo.

Es necesario considerar al género como una construcción social y como un factor determinante de la salud con igual o mayor peso que la clase social, el nivel

socioeconómico y la raza. Esta posición en opinión de Sen, George y Östlin, permite “distinguir y comprender las bases sociales de las diferencias entre hombres y mujeres,... ir más allá de la diferencia biológica para llegar hasta las bases sociales del poder y la desigualdad” (2005:3). Para ellas, lo anterior plantea dos retos, en primer lugar, aceptar que la salud tiene una base biológica y en consecuencia la necesidad de analizar las implicaciones que conlleva la interrelación dinámica de los factores sociales y biológicos como determinantes de la salud de hombres y mujeres. En segundo lugar entender que desde el punto de vista de la salud, las diferencias entre mujeres y hombres está más influenciada por factores biológicos que por la clase, raza o estado socioeconómico, sobre todo si se toma en cuenta el componente reproductor de las mujeres.

Es importante considerar al género como un elemento clave que no puede verse en forma aislada sino en forma interactiva con la clase, el estado socioeconómico, la raza, el territorio social para de esta manera facilitar el cambio y asunción de políticas en el ámbito social que conduzcan a una disminución o desaparición de las inequidades como consecuencia de una distribución desigual del poder.

A decir de Lillie- Blanton y LaVeist (1996), citados por Sen, George y Östlin (2005) el desconocimiento de factores subyacentes que contribuyen a las desigualdades sociales en el ámbito de la salud, refuerza la percepción de que el estado de mala salud es inherente a la persona o grupo social que se está observando, lo cual conduce, según Clatts, 1995 citado por Sen, George y Östlin (2005) a conceptualizaciones y decisiones inadecuadas con poca o ninguna pertinencia para la forma en que esas mujeres viven, retardándose de esta manera la solución de los problemas que las aquejan.

De acuerdo a lo anteriormente expresado, se trataría de demostrar que los estilos de vida son responsabilidad exclusiva de cada persona quien debe hacerse cargo de su propia salud, que la persona es culpable de las contingencias de salud, lo cual es hasta

cierto punto una verdad que toma en cuenta lo biológico y lo subjetivo-conductual pero deja de lado lo social que contribuye a la conformación del carácter complejo del proceso salud-enfermedad. El estilo de vida es sólo una parte de la ecuación salud-enfermedad, a esto es necesario agregarle el modo de vida que incluye el sexo, el género, la clase y el territorio social, las condiciones de vida, la cultura toda y su impacto en el proceso salud-enfermedad-atención lo cual involucra al Estado y las políticas públicas de salud.

Al considerar la perspectiva de género en el espacio salud, nos asentamos en la premisa de la existencia de inequidades de salud basadas en el género, y al mismo tiempo, al considerar al género como una construcción social estamos aceptando la posibilidad cierta de que esa situación de inequidad, en cualquier área, puede y debe ser cambiada, modificada, en definitiva eliminada con la participación activa y protagónica de las sujetas de esa inequidad: las mujeres. Para Elsa Gómez (2001) género es un concepto relacional, cuyo objeto de interés no son las mujeres o los hombres, sino las relaciones desiguales entre ellas y ellos en relación a la distribución y ejercicio del poder. Para la misma autora “el problema no es que existan desigualdades, sino que las desigualdades pongan sistemáticamente en desventaja a un grupo” (2002:455), en el presente caso a las mujeres.

La relación social entre los géneros es una relación de poder en la que se jerarquiza lo masculino y lo femenino en desmedro de este último basado en las diferencias biológicas, dejándose de lado el aspecto social de dicha relación. Sobre las diferencias naturales se construyó un entramado de desigualdades e inequidades basado en un proceso de naturalización de las diferencias que el patriarcado las usó para justificar la supuesta debilidad e inferioridad de las mujeres. Las explicaciones sobre la salud y la enfermedad fueron reducidas al campo de lo biológico, modelo unicausal, lineal, causa-efecto, dejando de lado la causalidad social, dejando de lado la consideración de complejidad que el proceso salud-enfermedad implica.

El modelo biomédico funcionalista, morbicentrista, más curativista que preventivista conlleva a una práctica médica que en vez de guiarse por una visión de complejidad tiende a la fragmentación, a la separación de lo psicológico o mental de lo orgánico o corporal, lo preventivo de lo curativo, lo biológico de lo sociocultural y ambiental, lo individual de lo colectivo, dejando de lado lo referente a los determinantes económicos, sociales, culturales, ambientales y políticos del proceso salud-enfermedad.

La desigualdad creada entre hombres y mujeres, a la que se le ha dado la connotación de natural, tiene su origen en la diferencia entre los sexos masculino y femenino. Diferencia centrada en la capacidad reproductora y mediante la cual la sociedad les asigna a las mujeres “su sitio” en el ámbito privado o doméstico dando origen a la división sexual del trabajo. Esta división impregna todas las áreas del quehacer, y la salud no escapa a ello, produciéndose inequidad en el acceso y atención a los servicios de salud por parte de las mujeres. La connotación de natural dada a las diferencias entre hombres y mujeres en el sector salud implica en opinión de Mary Luz Esteban (2006), una percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano y en especial de las mujeres. María Cristina González (2011) estima que la homogeneización del genérico “mujer” ha traído como consecuencia significativos impactos sobre la salud de las mujeres, lo que se revela a nivel de la propia identidad, en la salud reproductiva, en la sexualidad, en la inequidad en el acceso a los servicios de salud.

Las mujeres tienen más necesidades de salud explicables por su condición reproductiva, por las cargas físicas y emocionales generadas a partir del género, y por su mayor longevidad, además tienen menor acceso a los servicios de salud y menor capacidad de pago como consecuencia de su marginación y discriminación en el mercado laboral. Con relativa frecuencia retardan la búsqueda de ayuda a sus

problemas de salud. Por otra parte tienen mayor dedicación al cuidado de sus familiares y a la comunidad, dedicación que en muchos casos las hace posponer la búsqueda de ayuda para solucionar sus propios problemas de salud. Todo lo anteriormente expresado en este párrafo da respuesta a la pregunta: ¿Por qué es importante el género a la hora de estudiar o tomar en consideración la desigualdad entre mujeres y hombres en el área de la salud?

Se asume que equidad no es lo mismo que igualdad y que desigualdad no siempre debe considerarse como inequidad. Inequidad se refiere a desigualdades que son innecesarias, evitables e injustas (OMS), en tal sentido Elsa Gómez expone que “La equidad constituye un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y de derechos humanos” (2001:454). En opinión de Gómez (2002), la equidad de género en el ámbito de la salud debe entenderse como la supresión de las disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres: en el estado de salud para el logro de niveles comparables de bienestar físico, psicológico y social; en la atención de salud destinando recursos y servicios tomando en consideración las necesidades de hombres y mujeres, el financiamiento y pago de servicios ajustados a la capacidad de pago y no a los riesgos y necesidades de hombres y mujeres; en la participación para la producción de la salud de tal manera que se distribuyan con equilibrio y justicia las responsabilidades de trabajo, los beneficios del desarrollo y el poder de decisión.

Por su parte la OPS/OMS (1999) plantean que las inequidades de género se concentran en tres tipos de desajuste: por un lado en los riesgos, las necesidades, y la responsabilidad en salud, y por otro lado en las oportunidades para gozar la salud, accesos a los recursos de salud y poder en el sector salud. La puesta en práctica de la perspectiva de género para lograr la equidad en salud facilita poner al descubierto el impacto del género en el estado de salud para mujeres y hombres, los obstáculos para

el acceso a los servicios y recursos de salud, el impacto de las políticas y programas de salud, y la distribución del poder y remuneración del trabajo en el sector salud.

Partiendo del reconocimiento de diferencias biológicas entre mujeres y hombres, de la igualdad necesaria entre los géneros, es preciso trabajar para poder alcanzar la equidad o justicia de género, aceptando además lo que plantean Sen, George, Östlin “la igualdad de género como tal no puede ser la base uniforme para alcanzar la justicia de género en materia de salud” (2005:10). Esta posición se explica por el sesgo o factor de confusión que significan las diferencias biológicas. Para estas autoras, iguales resultados en materia de salud indicarían que las necesidades o habilidades particulares de las mujeres que dependen de características biológicas no han sido reconocidas debidamente, en tal sentido recomiendan que es ineludible “comenzar con un examen detallado del contenido mismo de la equidad de género para lograr que el sesgo no se disfrace de diferencia biológica natural” (2005:10).

El sesgo se manifiesta en todos los lugares y situaciones donde se interrelacionan niñas y niños, mujeres y hombres, cuando no son tratados/as ni reconocidos/as en igualdad de condiciones y en la que ellas siempre llevan las de perder debido al modelo androcéntrico y patriarcal que impera en nuestra sociedad. En este modelo, mujeres, hombres, y sistemas de salud reproducen el sesgo al no re-conocer su existencia y en muchos casos al no querer aplicar los correctivos necesarios. El sesgo de género en salud se debe fundamentalmente a dos factores fundamentales, el primero relacionado con no tomar en cuenta, no investigar la morbilidad diferencial y en segundo lugar al considerar al varón como la norma que hay que tomar en cuenta.

En opinión de Valls LLovet y col (S/F) estos dos factores han conducido a sesgos en el diagnóstico al considerar que hombres y mujeres enferman por igual y además porque como son diferentes no pueden tener problemas similares, o por no considerar los factores bio-psicosociales de las enfermedades. Además se pueden considerar

sesgos en los métodos de exploración, en la evaluación de los análisis clínicos y en la aplicación de modalidades terapéuticas. Todo este equipaje ideológico ha impactado los modelos de atención y gestión de salud dirigidos a las mujeres.

A manera de reflexión final del análisis del Climaterio Como Enfermedad podemos afirmar que:

La construcción de la representación de Climaterio Como Enfermedad está fuertemente influenciada por el discurso médico que sólo le confiere importancia al componente biológico del proceso de salud-enfermedad dejando de lado los determinantes socioculturales y ambientales que también intervienen en la configuración de dicho proceso.

Este discurso permea todos los espacios de la vida societal, reproduciéndose constantemente sobre todo a nivel de la familia donde la niña, adolescente, mujer adulta tiene los primeros contactos con el climaterio como proceso fisiológico transformado en hecho patológico al considerarse sus manifestaciones como síntomas.

La consideración del climaterio como enfermedad se confirma con la expresión común de las actoras informantes “les recomendaría a otras mujeres que acudan a la consulta” lo cual permite concluir que las mujeres entrevistadas han incorporado el discurso médico relacionado con el climaterio como enfermedad, lo que se traduce en el uso de los servicios médicos por parte de ellas y la recomendación de su parte para que otras mujeres en igual situación lo hagan, por otro lado refuerza la representación social de este proceso como entidad patológica y de las mujeres como enfermas.

El problema no está en el hecho de que ellas acudan a los servicios médicos y además están dispuestas a recomendar que otras lo hagan, el problema reside en la

información que reciben, los tratamientos que se le indican lo que afianza, refuerza la representación patológica que tienen las mujeres respecto al climaterio.

Esta representación de climaterio como enfermedad puede y debe ser cambiada, en tal sentido, es importante señalar que en la consulta de Climaterio y Menopausia del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello, se han dado pequeños pasos al no considerar al climaterio como enfermedad, al considerarlo como un hecho fisiológico de transición en el que intervienen factores biológicos, socioculturales y ambientales o ecológicos, lo que ha traído cambios conductuales en algunas mujeres que asisten a la consulta y en su grupo familiar, haciéndoles la vida más llevadera, mejorando su calidad de vida.

Los cambios no sólo se ven en las mujeres y su grupo familiar, también están presentes en el equipo de salud que atiende a las mujeres en climaterio al incorporar la perspectiva de género al ejercicio profesional, al comprobar que el climaterio es más que un proceso biológico emparentado con el proceso de envejecimiento, al tener en cuenta la subjetividad y los factores socioculturales que permiten considerar al climaterio como un hecho complejo cuyas manifestaciones deben ser interpretadas tomando en cuenta el estilo, los modos y las condiciones de vida de las mujeres.

Un hecho interesante que aparece en esta primera temática es que las mujeres entrevistadas exponen la necesidad del involucramiento de la pareja y de la familia en general como una manera de manejar la situación que se presenta de tal forma que la situación de la mujer en climaterio sea más llevadera, mejor enfrentada y resuelta de la mejor manera, es decir con la comprensión y la colaboración del grupo familiar, lo cual refleja la influencia que desde el doctorado he recibido y lo he llevado a la práctica inculcándoles a las mujeres que el climaterio debe dejar de ser un tabú y por lo tanto debe ser “vivido” en familia.

La influencia del discurso médico favorece la medicalización del climaterio por parte de las mujeres entrevistadas a pesar de que todas lo consideran un hecho natural, el discurso está profundamente arraigado.

El climaterio no es vivido de la misma manera por las mujeres, las manifestaciones, sus intensidades y frecuencias son variables y en ello juega papel importante el significado dado a la menstruación; la forma en que las mujeres conciben el envejecimiento, en este caso pareciera que la mujeres entrevistadas no lo quieren aceptar para sí, sino ser testigas externas; el significado que se atribuyen como mujeres; las diferentes fuentes de información; la comunicación intrafamiliar y el concepto de pareja.

Como corolario del análisis de esta primera temática podemos acotar que el climaterio como etapa fisiológica tiene su génesis en la declinación de la función ovárica, sin embargo en sus manifestaciones como proceso, sus raíces penetran en la historia de vida de las mujeres, en la influencia que ejercen las diversas instituciones de la sociedad siendo de particular importancia la institución médica y su discurso hegemónico; las instituciones religiosas y su discurso, en definitiva la sociedad toda, patriarcal y androcéntrica que pretende continuar con la exclusión y marginación de las mujeres las cuales constituyen algo más del cincuenta por ciento de la población.

CLIMATERIO ¿FIN DE LA SEXUALIDAD?

“Al ser considerada cuerpo para otros, ya sea para entregarse al hombre o para procrear, es algo que ha impedido a la mujer ser considerada como sujeto histórico social, ya que su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad esencialmente para otros con la función específica de la reproducción” (Franca Basaglia (S/F), citada por Londoño 1993: 164).

Climaterio y sexualidad

“Antes del climaterio mis relaciones sexuales eran chéveres....con el climaterio primero no quería tener relaciones, le tenía rabia a mi marido, lo rechazaba...me molestaba tener relaciones sexuales”. **Juana Alegría.**

“Inicialmente con mi primera pareja las relaciones fueron excelentes pero después fueron desagradables porque mi esposo me pedía que le introdujera cosas por detrás...resultó ser bisexual...y murió de sida....soy Testigo de Jehová....casi no me provoca tener relaciones porque me acuesto muy cansada y porque me acuerdo de las exigencias de mis esposos”.**Esperanza Victoria.**

“Mis relaciones sexuales siempre fueron excelentes...con el climaterio ha disminuido el número de veces...yo creo que es porque tenemos varios años de casados y ya no somos unos muchachos...”.**Mayra Alegría**

“Las relaciones sexuales con mi primera pareja fueron chéveres, luego se fueron enfriando hasta desaparecer por los malos tratos de mi esposo...sufro de resequedad....”**María Esperanza**

“...a los hombres no les gusta tener relaciones cuando uno tiene la regla....yo no sé por qué dicen que las mujeres no servimos cuando se nos va la regla...” **Juana Alegría.**

“Ahora, mi preocupación es que la sangre que no pierdo porque no tengo la regla se me suba para la cabeza y me dé una trombosis.... que se me acumulen esas impurezas que boto con la regla... eso es normal que a uno le venga la regla en un momento de la vida e igualmente algún día se me va a ir... así lo dispuso Jehová”
Esperanza Victoria.

“....ya en la cuarta edad a veces me decía hasta cuando me va a venir la regla, para mí fue un alivio cuando se me fue, que se me quitara ese fastidio”**Mayra Alejandra.**

“Las veces que la regla no me ha venido en esta época siento que algo me falta y cuando me llega para mí eso es una emoción muy grande, me siento más femenina que nunca, me alegro enormemente, nunca la había deseado tanto, la siento parte de mí.... yo asocio la menstruación con la juventud, así que con la pérdida de la menstruación siento que voy a perder parte de mi juventud”. **María Esperanza.**

“...me siento realizada, tengo mis dos hijas, un hijo, una nieta y otra que está por venir, tengo a mi esposo, trabajo en mi propia casa. Me siento feliz con lo que hago”**Juana Alegría.**

“Soy feliz con lo que hago, me siento realizada... soy feliz atendiendo a mis hijas, a mi hijo, a mis nietas, a mi esposo, trabajo en mi propia casa como peluquera y los fines de semana me reúno en el culto y predico la palabra del señor.....” **Esperanza Victoria.**

“Me siento una mujer realizada, feliz, tengo a mi hijo, mi hija, mi nieta y mi esposo, mi profesión y mi trabajo” **Mayra Alegría.**

“Como mujer me siento realizada, me siento feliz porque todas las etapas por las que pasa una mujer yo las he pasado sin mayores contratiempos, como mujer he cumplido mis funciones. Formé un hogar, tuve mis hijas, las crié, las cuidé, las eduqué y ahora espero que sean profesionales y me puedan dar un nieto....para quererlo, cuidarlo...verlo crecer. Me siento divina, divina, de verdad que divina,

realizada... viviendo una nueva etapa más madura, con nuevos proyectos con mi nueva pareja y por supuesto esperando que mi hija me dé un nieto que será como un hijo para mí actual pareja que no tiene hijos” **María Esperanza.**

“...muchacho no me digas eso, un embarazo a mi edad.....eso sería horrible quién aguanta eso...esas mujeres diciendo esa sinvergüenza va a parir...no, no por favor.... para mí eso es una locura....una mujer de cincuenta y dos años....por dios” **Juana Alegría.**

“Bien feo se va a ver que a mi edad salga con un embarazo, abuela y preñada, eso está bien para las más jóvenes, aunque yo no me considero vieja sólo que a mi edad no me parece bien un embarazo”. **Esperanza Victoria.**

“No doctor eso para mí sería fatal, usted se imagina con cincuenta y tres años de edad abuela y salir preñada, no doctor entonces mi hijo me va a decir abuela, no mamá, eso si no me gusta, no, no... uuuy no, embarazo no, eso me asusta, me aterra, tú sabes lo que es volver a criar a esta edad... ya para qué a estas alturas voy a querer parir”.**Mayra Alegría.**

“Si salgo embarazada sería una bendición demasiado grande, una alegría muy grande a pesar de mi edad... pienso que en este momento no es una prioridad para mi salir embarazada desde que mi hija se casó.... espero un nieto... espero un nieto...” **María Esperanza.**

“...por una parte bien porque mi situación económica es difícil y seguir pariendo imagínate.... madre...abuela....ya yo quemé mis cartuchos.... mi esposo lo tomó normal, tranquilo, estamos completos” **Juana Alegría**

“Eso es lo normal porque ya los ovarios te dejan de funcionar” **Esperanza Victoria**

“Después de la menopausia uno está claro que no va a quedar embarazada, eso es un alivio, ya no tienes el temor de quedar embarazada, la relación la disfruto más”.

Mayra Alegría

“Si no quedó embarazada lo tomaría normal, normal porque ya tengo mis dos hijas”.

María Esperanza

“...eso si hubiese sido arrechó para mí, quedarme machorra.... si no hubiese tenido hijos hubiera buscado la manera de superarlo...buscando uno adoptado”. **Juana**

Alegría

“Si Jehová lo hubiese dispuesto que yo no tendría hijos lo hubiera aceptado, para mí no sería una calamidad,”.**Esperanza Victoria**

“Me hubiera sentido una mujer incompleta...”.**Mayra Alegría**

“Si no hubiese tenido hijos me sentiría una mujer frustrada, incompleta...” **María Esperanza**

Analizar el climaterio a través de la sexualidad nos permitió visibilizar como ha sido construido el cuerpo de las mujeres como objetos sexuales. En tal sentido Juliet Mitchell expresa “... a través de la historia las mujeres han sido tomadas como objetos sexuales, tanto en calidad de progenitoras como productoras” (1966:34).

El rastreo de las representaciones en los anteriores discursos de las actrices informantes nos permite encontrar la noción de que para ser mujer hay que parir que no viene a ser lo mismo que para parir hay que ser mujer, detrás de estas expresiones se esconde lo impuesto por las diversas corrientes religiosas y filosóficas en el

sentido de que la mujer vino al mundo para parir, para procrear y para cuidar a otros y otras, lo cual ha sido y reproducido por las propias mujeres a lo largo de la historia.

Génesis 3:16 “Multiplicaré en gran manera los dolores en tus preñeces; con dolor darás a luz los hijos; y tu deseo será para tu marido, y él se enseñoreará de ti”.

Platón (427-348 a. C), sostenía que “en las mujeres, lo que se denomina matriz o útero es algo así como un ser vivo poseído por el deseo de engendrar” citado por Thomasset (1992:66) En el mismo orden de ideas Tomás de Aquino expresaba “...fue necesario crear a la hembra como compañera del hombre; pero compañera en la única tarea de la procreación....., y a ella sólo la necesita para ayudarle en la procreación” citado por Opitz (1992:345).

Para iniciar voy a exponer varias consideraciones o miradas respecto a la sexualidad.

Para Touraine, “la sexualidad.....es un llamamiento del individuo a sí mismo, a su libre creación, a su placer, a su felicidad...una sexualidad que no se reduce a una pulsión libidinal sino que es la búsqueda de la felicidad por el placer”(2000:69).

Por su parte Celia Sarduy Sánchez expresa que:

La sexualidad es una forma de estar en el mundo y con el mundo. Expresión personalizada, única, e irrepetible de cada ser humano, atravesada por la cultura y determinada por el momento histórico que a cada sujeto le toca vivir. Se construye en el interjuego de subjetividades de la vida cotidiana y es mediatizada por las representaciones del imaginario social, los mitos, los discursos, lo real, lo imaginario, lo permitido, lo prohibido, y a partir de esto se generan las normas, pautas de conducta diferenciadas para los colectivos masculinos y femeninos. De ahí que las ideas, vivencias, expresiones afectos y proyecciones de la sexualidad sean diferentes para mujeres y hombres. (2007:120).

“Inicialmente con mi primera pareja las relaciones sexuales fueron excelentes pero después fueron desagradables porque mi esposo me pedía que le introdujera cosas por detrás... con mi segunda pareja tampoco disfruto porque él me propone cosas que van contra mis principios religiosos.... casi no me provoca tener relaciones porque me acuesto muy cansada y porque me acuerdo de las exigencias de mis esposos” **Esperanza Victoria.**

Otra consideración o mirada es lo establecido en la Norma Oficial venezolana Para La Atención Integral de La Salud Sexual y Reproductiva en su capítulo I donde se expresa que:

La sexualidad es una dimensión de la personalidad que define el desarrollo como seres sexuados. Está basada en el sexo y las relaciones de género, incluye las identidades, roles, orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de los factores mencionados y puede abarcar todos estos aspectos. Las expresiones de la sexualidad son diversas y pueden ser psicológicas-incluyendo cognitivas, afectivas y emocionales y sociales- identidades, roles y relaciones. En su dimensión afectiva, erótica y social está íntimamente asociada al mundo emocional. Sus manifestaciones inciden en las relaciones interpersonales, roles de género, de pareja, de familia y grupos y su desarrollo pleno y armónico es clave para el ajuste emocional del individuo. Estos aspectos destacan la importancia de la sexualidad en su sentido amplio, así como el ejercicio pleno y satisfactorio para el bienestar y la felicidad como elementos fundamentales de la calidad de vida y la salud (2003: 28-29).

Para González y Castellanos (2005) citados por Rivas (2013), la sexualidad constituye:

Una parte orgánica de la vida, de su creación y recreación inagotables, del ser y el devenir de los humanos como especie y de cada hombre y cada mujer singulares, está ligada al placer, al descubrimiento, al desarrollo personal, a lo interaccional, a lo lúdico, a lo comunicacional, a lo nuevo, a la magia, a la belleza y a la naturaleza, al amor y a la salud (2013:29).

“Las relaciones sexuales con mi primera pareja fueron chéveres, luego se fueron enfriando hasta desaparecer por los malos tratos de mi esposo y porque me proponía cosas que no me parecían correctas como por ejemplo tener relaciones entre tres personas para satisfacer sus fantasías sexuales....con el climaterio me ha dado más deseo sexual y disfruto más a pesar que en algunos momentos me afloran los traumas que tuve con mi primera pareja” **María Esperanza.**

Por su parte Cabral expone que:

La sexualidad es un acto de inteligencia...un acto de vida, acto creativo que traspasa los límites reproductivos, para ser parte sustantiva de la vida y de las relaciones que tenemos con la vida; la sexualidad es un acto de inteligencia que se construye a partir de y en interacción consigo y con el mundo, ligado a la historia de sí, que es una historia entrelazada a la historia misma del cuerpo y del sexo (Tomo I, 2013:403).

Para Cabral (2013), citando a Freud (s/f), la sexualidad ya está presente en el niño o la niña que nace, esta sexualidad emerge y se despliega desde la experiencia sensoriomotriz hacia una creciente complejización en un contexto de organización cognitiva/sexual y de implicación emocional y, por supuesto, sociocultural y se manifiesta en los dos primeros años a través del contacto del niño o la niña con su madre a la que toca, mira, succiona. Le expresa la alegría mediante una sonrisa, o su tristeza e incomodidad mediante el llanto, se autocomplace cuando toca y se toca, cuando mira a su alrededor y encuentra cada día más la cercanía de los objetos a los que quiere conocer y explorar y que pasarán a constituir su mundo lúdico.

A medida que va creciendo aprende a conocer el cuerpo y sus manifestaciones a través del contacto visual y corporal con papá, mamá, hermanas y hermanos y otros seres que forman parte de su ambiente más cercano; todo lo cual pasa a constituir el equipaje de su sexualidad, sexualidad que a mi modo de ver se constituirá en un eje transversal de sus relaciones con otros seres vivos, porque sexualidad es definitivamente amor que trasciende la función sexual coital y la función sexual reproductiva. Esta sexualidad de los primeros años podríamos definirla como una sexualidad ingenua, no contaminada, no creada sobre la base de la competencia, la dominación y la subordinación.

El segundo acontecimiento que influye en la construcción y desarrollo de la sexualidad es el proceso de socialización, en el que intervienen las diversas instituciones del estado empezando por la familia. Que en opinión de Foucault (1998a) “...es el más activo foco de sexualidad, y donde sin duda son las exigencias de ésta las que mantienen y prolongan las exigencias de aquellas”, intervienen además la escuela, las instituciones religiosas y políticas, en la que se conjugan lo prohibido y lo permitido; lo moral y ético con lo amoral y antiético, lo bueno y lo malo, partes corporales asumidas y negadas, lo normal y lo patológico, todo lo cual es aceptado o rechazado en el trascurso del vivir viviendo de hombres y mujeres y en el que *la sexualidad* debe ser asumida *como un derecho humano* fundamental de formación y desarrollo integral de ser persona, por lo tanto “...cualquier transgresión de ese derecho, no sólo es un delito, sino una flagrante manifestación de violencia sexual, pues deja profundos conflictos de huella emocional/afectiva en la persona abusada” Cabral (2013:410).

Además de considerar a la sexualidad como acto de inteligencia, Cabral (2013) la define además como proceso de conocimiento, como derecho, como objeto epistémico, como objeto de estudio y como producto. *Como proceso de conocimiento*, la sexualidad es un acto de descubrimiento, exploración y

reconocimiento, de sensibilización del cuerpo sexuado. En este proceso de conocimiento, niños y niñas, mujeres y hombres entran en un proceso de comunicación e interrelación-interacción en la que el cuerpo es el centro donde convergen sentimientos, emociones e intercambios. *Como objeto epistémico* la sexualidad “...arrastra crisis, fisuras, disyunciones, particularidades, antagonismos, determinismos, esencialismos, reduccionismos, esquemas conceptuales, inconsistencias, resistencias y obstáculos en el proceso mismo de su conocimiento” (Ob. Cit.:452).

Con esta cantidad de manifestaciones que presenta la sexualidad como objeto epistémico, es de esperar que *como objeto de conocimiento* “...sigue siendo un objeto oscuro, impreciso y controversial, inconsistente y disgregado entre diferentes conceptos sin consenso, disuelto en teorías encerrado en viejos paradigmas...” (Ob. Cit.:452). Finalmente al considerar a *la sexualidad como producto* “...se consume entre industria de prótesis, vibradores, condones, simuladores de plástico sustitutivos, complementarios/alternativos/extensivos del placer sexual” (Ob. Cit.:460).

Para Celia Sarduy (2007) la sexualidad viene a constituirse en una construcción cultural, social e histórica que penetra diversos estamentos de la sociedad, nuestra experiencia existencial y se inscribe en los cuerpos sexuados de una manera diferente según se trate cuerpos masculinos o femeninos. La sexualidad como construcción social se expresa a través del cuerpo, las ideas, el inconsciente y las representaciones que mujeres y hombres tienen de sí y de los demás.

La sexualidad femenina está atravesada por tres mitos, en primer lugar el mito *mujer= madre, mujer= reproductora, mito que tiene su origen en las sagradas escrituras*, tal como lo hemos expresados con anterioridad. Se puede resumir este mito en la expresión “*Para ser mujer se requiere ser madre*”, este mito se afianza en las expresiones de las mujeres informantes.

“Si no hubiese podido tener hijos o hijas...eso si hubiese sido arrecho para mí, quedarme machorra...”. **Juana Alegría**

“Me hubiera sentido una mujer incompleta”. **Mayra Alegría**

“Si no hubiese tenido hijos me sentiría una mujer frustrada, incompleta” **María Esperanza**

El mito de mujer madre se reafirma con lo expresado por las mujeres entrevistadas, todas afirmaron sentirse realizadas como mujer al haber logrado salir embarazadas y tener hijos e hijas.

Los discursos arriba expresados dan cuenta de lo arraigado que está la representación del mito de la mujer=madre, mujer=reproductora. Este mito oscurece, esconde y niega el disfrute sexual y el erotismo de las mujeres. En opinión de Ana María Fernández (1993) este mito traduce que la mujer es más madre que mujer, más objeto que sujeto erótico, más pasiva que activa.

El segundo es *el mito de la pasividad erótica de las mujeres*, de acuerdo a este mito el erotismo de las mujeres es incompleto y necesita el estímulo de los varones. Una vez más las mujeres son consideradas como seres secundarios que van a la saga de los hombres. Para Celia Sarduy (ob. Cit), este mito vendría a significar que la sexualidad femenina es una sexualidad para la reproducción y la búsqueda del placer sexual entraría dentro del campo de lo pecaminoso, generador de culpas; por otro lado favorecería el protagonismo erótico de los hombres, la monogamia femenina y la reproducción de la familia patriarcal, el ejercicio del poder masculino a través de la sexualidad.

El tercer mito relacionado con la feminidad se refiere al *mito del amor romántico* afianzado en la idea de que las mujeres tienen especial facilidad para vivir y soñar historias sentimentales, por otro lado, “su dedicación y entrega sin límites condicionaría el disfrute de la sexualidad a la existencia de un vínculo amoroso” Celia Sarduy (2007:123). Los tres mitos vienen a constituir la base sobre la que se construye una subjetividad propia de las mujeres, que tiene como elemento fundamental una representación de un ser cuyo cuerpo, tiempo y espacio es para otros, en detrimento de un ser para sí. De los tres mitos, los dos primeros afectan grandemente la sexualidad de las mujeres en climaterio porque la capacidad reproductora ha concluido, dicho de otra manera y es lo que piensan muchas mujeres que están en climaterio: “Si ya no puedo quedar embarazada, si ya no puedo parir, qué función tiene la actividad sexual”. El tercer mito o amor romántico tiene cabida en aquellas mujeres en climaterio que por algún motivo han quedado solas, el climaterio viene a representar un momento para establecer nuevas relaciones, nuevos planes.

“...ahora no me molestan las relaciones sexuales, las ganas las tengo igual que antes, ahora disfruto más porque no tengo la preocupación del embarazo y no tengo el fastidio de la regla, mi marido está contento, estamos como rueda libre”. **Juana Alegría.**

“Inicialmente con mi primera pareja fueron excelentes pero después fueron desagradables porque mi esposo me pedía que le introdujera cosas por detrás...con mi segunda pareja tampoco disfruto porque él me propone cosas que van contra mis principios religiosos....soy Testigo de Jehová....casi no me provoca tener relaciones porque me acuesto muy cansada y porque me acuerdo de las exigencias de mis esposos”. **Esperanza Victoria.**

“...con el climaterio me ha dado más deseo sexual y disfruto más con mi nueva pareja a pesar que en algunos momentos me afloran los traumas que tuve con mi primera pareja....el deseo es mayor y el disfrute es mayor”**María Esperanza.**

Delfina Charlton (2003), señala que durante el climaterio las mujeres pueden disfrutar a plenitud su sexualidad, alejada de la incomodidad que para muchas representa la menstruación y la posibilidad de un embarazo no deseado, es el momento para entablar relaciones más amorosas con la pareja, con la familia, con las/os amigas/os sobre la base de una autoestima adecuada. Por su parte Blanca Elisa Cabral (2013), menciona que la etapa de climaterio trae aparejado un mayor deseo y un mayor disfrute de la relación sexual apoyados en la ausencia de la menstruación y en la ausencia del miedo, del temor a un embarazo no deseado puesto que después de la menopausia no hay posibilidades de un embarazo. Leticia Artiles (2007) con su expresión “el monstruo de mil cabezas” se refiere a las múltiples ocupaciones de las mujeres dentro y fuera del hogar lo cual les produce cansancio, agotamiento motivos por los cuales las mujeres tienen menos deseos y poco o nulo disfrute de la relación sexual. Las siguientes expresiones lo confirman.

“...con el climaterio me ha dado más deseo sexual y disfruto más a pesar de que en algunos momentos me afloran los traumas que tuve con mi primera pareja....”**María esperanza.**

Para Michel Foucault (1999), la sexualidad se constituye en un producto del hacer discursivo, estrechamente ligada a las relaciones de poder en las que el cuerpo y el sexo pasan a ser objetos centrales de los mecanismos de poder de los hombres sobre las mujeres a las que poco se les concede el placer del erotismo. Las relaciones de poder fueron estatuidas sobre la base de relaciones asimétricas entre los sexos.

“Inicialmente con mi primera pareja las relaciones fueron excelentes pero después fueron desagradables porque mi esposo me pedía que le introdujera cosas por detrás... con mi segunda pareja tampoco disfruto porque él me propone cosas que van contra mis principios religiosos....casi no me provoca tener relaciones porque me acuerdo muy cansada y porque me acuerdo de las exigencias de mis esposos”. **Esperanza Victoria.**

“Las relaciones sexuales con mi primera pareja fueron chéveres, luego se fueron enfriando hasta desaparecer por los malos tratos de mi esposo y porque me proponía cosas que no me parecían correctas como por ejemplo tener relaciones entre tres personas para satisfacer sus fantasías sexuales” **María Esperanza.**

Para Franca Basaglia, citada por Mary Ladi Londoño, la mujer “al ser considerada cuerpo para otros, ya sea para entregarse al hombre o para procrear, es algo que ha impedido a la mujer ser considerada como sujeto histórico social, ya que su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de la sexualidad esencialmente para otros” (1993:164).

“...me siento realizada, tengo mis dos hijas, un hijo.....si no hubiera tenido hijos eso si hubiese sido arrecho para mí, quedarme machorra” **Juana Alegría.**

“Me siento realizada... tengo dos hijas, un hijo, y dos mis nietas.... Si Jehová lo hubiese dispuesto que yo no tendría hijos lo hubiera aceptado, para mí no sería una calamidad” **Esperanza Victoria.**

“Me siento una mujer realizada, tengo a mi hijo, mi hija, mi nieta....si no hubiera tenido hijos me hubiera sentido una mujer incompleta” **Mayra Alegría.**

“Como mujer me siento realizada, he cumplido mis funciones. ...tuve mis hijas, las crié, las cuidé, las eduqué...si no hubiese tenido hijos me sentiría una mujer frustrada, incompleta” **María Esperanza.**

Por su parte Michel Foucault afirma que “Toda esa charlatanería con la que hacemos ruido en torno a la sexualidad desde hace dos o tres siglos, está dirigida a una preocupación elemental: asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo, mantener la forma de las relaciones sociales, en síntesis montar una sexualidad económicamente útil y políticamente rentable” (1998a:48)

Una de las preocupaciones que presentan las mujeres en climaterio es la posibilidad de quedar embarazadas mientras no les haya llegado la menopausia, acontecimiento que marca el fin de la vida reproductiva pero no la capacidad de disfrute de la sexualidad erótica aunque la representación que asocia sexualidad con procreación también está presente en muchas mujeres: la maternidad como destino, como realización.

En el imaginario colectivo existe la representación “Para ser mujer hay que parir” detrás de estas expresiones se esconde lo impuesto por las diversas corrientes religiosas y filosóficas en el sentido de que la mujer vino al mundo para parir, para procrear. Génesis 3:16 A la mujer dijo: “Multiplicaré en gran manera los dolores en tus preñeces; con dolor darás a luz los hijos; y tu deseo será para tu marido, y él se enseñoreará de ti”. Platón sostenía que “en las mujeres, lo que se denomina matriz o útero es algo así como un ser vivo poseído por el deseo de engendrar” citado por Thomasset (1992:66).

Lo anterior está tan profundamente arraigado en el imaginario que la inmensa mayoría de las mujeres y de los hombres consideran que ser madre forma parte fundamental de la feminidad.

*“...eso si hubiese sido arrecho para mí, quedarme machorra”***Juana Alegría.**

*“Si Jehová lo hubiese dispuesto que yo no tendría hijos lo hubiera aceptado, para mí no sería una calamidad”***Esperanza Victoria.**

*“Me hubiera sentido una mujer incompleta”***Mayra Alegría.**

“Si no hubiese tenido hijos me sentiría una mujer frustrada, incompleta” **María Esperanza**

En relación a este tópico Fernando Lolas expresa que “La maternidad juega un papel muy importante en muchas culturas, de modo que la ausencia de embarazos para una mujer climatérica puede significar sentimientos de insuficiencia vital, frustración y duelo” (2012:134), por su parte Simone de Beauvoir opina que “A veces la mujer no tiene descendencia...a falta de vínculos maternos naturales con hijos o nietos, intenta a veces crear artificialmente homólogos... la mujer maternal adopta hijas...tratan apasionadamente de reencarnarse” (2002:392). Tres de las actrices informantes manifestaron la intención de adoptar un hijo si no hubiesen podido tener descendencia, llama la atención el genérico hijo lo cual es un indicio de la penetración del modelo androcéntrico que considera a lo masculino como expresión del género humano, ninguna utilizó el término adoptar una hija.

Contrariamente a lo que se esperaba las actrices informantes no asocian el climaterio y la menopausia al sentimiento de pérdida descrito por Blanca Pelcastre -Villafuerte; Francisco Garrido-La Torre y Verónica de León-Reyes (2001) como sentimiento de pérdida de vida, fertilidad y energía; Mary Luz Esteban (2001) lo define como pérdida de la feminidad, de la belleza, de la capacidad reproductiva, del reconocimiento social, de los hijos e hijas, del esposo y pérdida de la energía vital tanto física como psíquica; Simone De Beauvoir (2002) expone que la mujer se ve bruscamente despojada de su feminidad, todavía joven pierde el atractivo erótico y la fecundidad.

En el mismo orden de ideas Lidia Francés (2003) manifiesta que con la llegada de la menopausia se instala un sentimiento de pérdida indicativo de que la menstruación es un elemento fundamental de lo que significa ser mujer. Este sentimiento de pérdida entrelaza menstruación, juventud, fertilidad, belleza, y feminidad, de tal manera que al fallar definitivamente la menstruación arrastra consigo los elementos que le son afines fracturándose así la identidad femenina. La ausencia del sentimiento de pérdida en las actoras informantes contrasta con lo expresado por las autoras antes expuestas. Las mujeres de finales del siglo XX e inicios de este siglo XXI tienen otras subjetividades relacionadas con las transformaciones socioculturales, a cambios en la dinámica social, en tal sentido Blanca Elisa Cabral precisa que:

...las mujeres del mundo demuestran su capacidad subversiva y comienzan a remover su condición esencialista de eterno femenino, a cuestionar y salirse de nociones predeterminadas, de esquemas y modelos atribuidos “per se”, a romper moldes y ataduras absolutistas, fijas y universales, a desplazarse de sus espacios privados para ocupar los espacios públicos, a incursionar en todos los campos del mundo social, laboral y profesional, a apropiarse de su cuerpo, a reconocerse como mujeres para ellas mismas y para otros, a hacerse visibles en la acción y participar de una comunidad de sentido desde donde les sea posible formar parte de “un mundo común” y puedan constituir en su singularidad y diferencias, sus propios procesos subjetivos, intersubjetivos y sus opciones de identidades, antes definidas bajo la mirada de la racionalidad dominante, ahora en proceso de ruptura, cambios, y constitución de un sujeto femenino desde la mirada reflexiva de género (Tomo II, 2013:169)

“Me siento una mujer realizada, feliz, tengo a mi hijo, mi hija, mi nieta y mi esposo, mi profesión y mi trabajo. **Mayra Alegría.**

Refiriéndose a la menstruación y a la menopausia, Darío Gil manifiesta que “la menopausia es vista desde lo clínico bajo la mirada de la medicina y la industria farmacéutica...su control viene dado desde la enfermedad, aspecto que empieza desde la escuela a través de la idea de lo femenino como un cuerpo reproductivo, lo que tiene relación con la menstruación y los mitos asociados a ella” (1999:190).

Por su parte Eva Romero y Georgina Sánchez (2010), en su trabajo sobre climaterio encuentran que, el grupo de mujeres entrevistadas se subdivide en tres subgrupos, respecto a cómo asumen la menopausia. El primero consideró que estaba en menopausia al tener un año o más sin tener la menstruación, aparte de tener fenómenos vasomotores también llamados sofocos, calorones u oleadas de calor, y cambios bruscos de humor, también llamado humor disfórico; el segundo grupo prestó más atención a las manifestaciones clínicas tales como sofocos, irritabilidad, insomnio, resequedad de piel, y depresión, que a la ausencia de menstruación.

En opinión de las autoras mencionadas el primer grupo está influenciado por el discurso médico y el segundo por el discurso social que como sabemos lleva la huella del discurso médico; finalmente el tercer grupo, representado por aquellas mujeres a quienes se les ha practicado la histerectomía, intervención considerada por Daysi Camacaro como “...percibida por las mujeres como un gran mal, que suelen representar en las siguientes construcciones: “Me sacaron todo”, “Me quedé hueca por dentro”, “Ahora no siento nada”, “Me siento menos mujer”, ...un evento de apropiación del cuerpo femenino que se sustenta en raíces patriarcales, permeado por lo histórico, cultural y lo político”(2009:217-218).

La menopausia como construcción social está estrechamente ligada a la menstruación como hecho fundante e íntimamente ligada a la pérdida de la fertilidad y en algunos casos a la pérdida de la feminidad, en este sentido traigo a colación el caso de una mujer en estado postmenopáusico que atendí en mis primeros años de

ginecólogo, una vez practicado el interrogatorio correspondiente le digo que pase a la sala de examen ginecológico, para mi sorpresa, ella llevaba una toalla sanitaria que a primera vista parecía estar manchada de sangre, al preguntarle ¿desde cuándo estaba sangrando? Me manifestó que eso no era sangre sino salsa de tomate y que lo hacía para hacerle creer a su marido que todavía veía regla y además porque eso la hacía sentirse cómoda.

La situación anteriormente planteada refleja una de las tantas formas en que las mujeres viven y se simbolizan la menstruación como hecho natural, fisiológico que además lleva implícita una gran carga de influencia sociocultural, dicho de otra manera una relación estrecha entre naturaleza y cultura y en la que la relación dominación-sumisión está presente como lo podemos ver en el párrafo “...lo hacía para hacerle creer a su marido que todavía veía regla”, pero además está presente, detrás de los hechos la feminidad y la juventud que se niega a perder y el miedo al envejecimiento.

La menstruación como acontecimiento fisiológico es visto de diferentes maneras y en momentos diferentes por las mujeres: en primer lugar es vista con emoción ante la posibilidad de convertirse en señorita, en mujer, en la madre potencial.

“Antes, ser mujer y tener la posibilidad de salir embarazada” **Esperanza Victoria.**

“Cuando niña la posibilidad de transformarme en señorita, en mujer....la posibilidad de que podía salir embarazada....ser mujer” **Mayra Alegría.**

“De niña una alegría muy grande cuando me vino por primera vez.” **María Esperanza.**

Es vista por otro lado con preocupación ante las manifestaciones de incomodidad tales como el dolor, el sangrado abundante, la anemia, las restricciones para la relación sexual y otras actividades sociales. En el momento de su cese temporal (premenopausia) la preocupación por la posibilidad de un embarazo. Después del cese definitivo, las mujeres manifiestan sentimientos de tranquilidad al desaparecer las molestias que muchas mujeres presentan con la menstruación, de alivio al desaparecer la posibilidad del embarazo y, en consecuencia, un mayor disfrute de la sexualidad para algunas mujeres que también experimentan el sentimiento de estar viviendo una época que les permite ser más libres, con mayor disposición para realizar actividades, proyectos que siempre habían querido realizar. Para otras mujeres, momentos de tristeza por ver terminadas sus capacidades reproductivas y verse cada día más cercas de la vejez sobre todo en aquellas mujeres que asocian menstruación con juventud, como lo ejemplifica el caso de la paciente que acabo de presentar.

En general el cese definitivo de la menstruación fue asociado a un sentimiento de liberación al no estar presente las molestias que se asocian a la menstruación y al desarrollo de una sexualidad libre de los temores del embarazo, libre en relación al tiempo en el sentido de que la actividad sexual se podía y se puede realizar en cualquier momento. Resultados similares consiguieron Eva Romero y Georgina Sánchez (2010); Mary Luz Esteban (2001), Blanca Pelcastre y Col (2001), y Lidia Francés (2003). Solo una de las mujeres entrevistadas manifestó un sentimiento de pérdida de la juventud cuando le llegue la menopausia y otra manifestó temor a una trombosis y temor a que se le acumulen impurezas al no tener la menstruación.

“.... yo asocio la menstruación con la juventud, así que con la pérdida de la menstruación siento que voy a perder parte de mi juventud”. **María Esperanza.**

Tanto los procesos reproductivos-embarazo, parto, puerperio- como los afectivos sexuales-adolescencia y climaterio- se constituyen en momentos muy importantes en la vida de las mujeres en las que el factor edad juega un papel clave en tal sentido Teresa Del Valle (1987), citada por Mary Luz Esteban (2001) establece que las mujeres se manejan en tres edades: la edad real, utilizada por los y las profesionales de la salud para correlacionar síntomas y signos, las edades sentidas y atribuidas utilizadas por la ideología dominante, por la sociedad en general y por las mismas mujeres para mantener el culto a la apariencia, situación que alcanza su mayor implicación en el caso de mujeres en climaterio que se ven afectadas desde el punto de vista físico y emocional por los cambios en la distribución de la grasa corporal, la aparición de arrugas y canas y la caída de las mamas, las repentinas y molestas oleadas de calor y sudoración que “las descubre ante otras personas...ante quienes se sienten apenadas, molestas...al ser puestas al descubierto por ese fenómeno que traduce la presencia del climaterio y sus connotaciones negativas de “una vejez que está a la vuelta de la esquina”.

Respecto al climaterio y su asociación con la vejez por las mujeres que están pasando por esa etapa, Simone De Beauvoir afirma “Desde el día en que la mujer acepta envejecer, su situación cambia. Hasta entonces era una mujer todavía joven, luchando afanosamente contra un mal que misteriosamente la afeaba y deformaba; ahora se convierte en un ser diferente, asexuado pero completo; una mujer mayor. Se puede considerar entonces que la crisis de la menopausia está liquidada.....Cuando ha renunciado a luchar contra la fatalidad del tiempo; se abre otro combate: tiene que conservar un lugar en el mundo” (2002:385).

Retomando el hilo del discurso respecto a las diferentes manifestaciones que presentan las mujeres en climaterio, el modelo biomédico se ha encargado de justificar únicamente sobre la base de una falla ovárica dejando de lado los condicionamientos socioculturales, dejando de lado el proceso de envejecimiento

como fenómeno natural y al cual muchas mujeres van a llegar debido a la mayor esperanza de vida, que coincide con la aparición de una serie de padecimientos entre los que destacan la diabetes, la hipertensión, la obesidad, la enfermedad cardiovascular, las neoplasias ginecológicas, los problemas del piso pélvico, además de sobrellevar la carga de los múltiples roles socialmente asignados y asimilados por las mujeres.

En tal sentido estamos en capacidad de decir que durante el climaterio se entrelazan aspectos biológicos, naturales con aspectos socioculturales, psicológicos y ambientales, por lo tanto debemos dejar de considerar esta época de la vida de las mujeres como un acontecimiento puramente biológico, debemos considerarlo un acontecimiento biológico y biográfico, es necesario que tengamos una mirada y un accionar de carácter complejo ante el climaterio y sus contingencias, una de las cuales es la coincidencia de esta etapa fisiológica con padecimientos de carácter crónico.

Refiriéndose a la salud de las mujeres Yolanda Arango (2004) manifiesta que “En el mundo de la salud, la intimidad y la sexualidad de las mujeres, las vivencias del sincretismo de género remueven permanentemente comportamientos, conductas y prácticas que desde la sumisión y la dominación le impidieron realizaciones y crecimiento en tanto ser humano. Se las convoca a asumir valores hacia la construcción de un “ser para sí”. De centrarse en su propia vida, de realizar lo deseado, lo imaginado, lo negado, lo postergado, lo prohibido. De esta manera se contrarresta la posición según la cual el cuerpo, el tiempo y el espacio de las mujeres, es cuerpo, tiempo y espacio para otros.

Por su parte Marcela Lagarde (S/F), citada por Arango (2004), afirma que la ética del autocuidado del cuerpo desde la perspectiva de género obtiene un espacio en la salud y en la sexualidad de las mujeres a partir de procesos de empoderamiento, de

sentimientos positivos apoyados en la autoestima, y en principios que convalidan el desarrollo humano desde la especificidad del ser mujer, contraponiéndose a los postulados que históricamente le han negado su condición de sujeta de derechos y el pleno goce de su sexualidad, en el autoconocimiento de su propio cuerpo. A propósito de ese cuerpo sexuado, Daysi Camacaro manifiesta que “La sexualidad es un constructo humano colmado de simbolismos, expresiones, conductas, significados, incertidumbres y subjetividades. Urgida de la reconstrucción de códigos culturales que transversalizan cognitivamente y afectivamente la experiencia de la sexualidad y las relaciones de género. “El cuerpo sigue siendo la prisión donde las mujeres permanecen enclaustradas” (2000:51).

Las mujeres, en su mayoría centran su sexualidad en el cumplimiento de su rol reproductivo y materno, de tal manera que su cumplimiento las hace sentirse realizadas, por el contrario, su incumplimiento las hace sentirse en seres incompletos.

“Me siento realizada, tengo mis dos hijas, un hijo, una nieta y otra que está por venir, tengo a mi esposo, trabajo en mi propia casa. Me siento feliz con lo que hago... si no hubiese tenido hijos me sentiría machorra” **Juana Alegría.**

“Soy feliz con lo que hago, me siento realizada... soy feliz atendiendo a mis hijas, a mi hijo, a mis nietas, a mi esposo, trabajo en mi propia casa como peluquera y los fines de semana me reúno en el culto y predico la palabra del señor.....”
Esperanza Victoria.

“Me siento una mujer realizada, feliz, tengo a mi hijo, mi hija, mi nieta y mi esposo, mi profesión y mi trabajo....el tiempo libre lo dedico a ver un buen programa de TV y a descansar. Me siento feliz, útil, porque todavía puedo trabajar....si no hubiese tenido hijos me consideraría una mujer incompleta” **Mayra Alegría.**

“Como mujer me siento realizada... he cumplido mis funciones. Formé un hogar, tuve mis hijas, las crié, las cuidé, las eduqué y ahora espero que sean profesionales y me puedan dar un nieto....para quererlo, cuidarlo...verlo crecer. Me siento divina, divina, de verdad que divina, realizada... viviendo una nueva etapa más madura, con nuevos proyectos con mí nueva pareja y por supuesto esperando que mi hija me dé un nieto que será como un hijo para mí actual pareja que no tiene hijos...si no hubiese tenido hijos me consideraría frustrada, incompleta”. **María Esperanza.**

El análisis de los discursospermite concluir que las actoras informantes centran su sexualidad en el hecho de haber parido, de haber tenido hijos e hijas. El sentirse felices y realizadas como mujeres tiene su asiento en el cumplimiento de los principales roles que la sociedad y la cultura les ha asignado, es decir ser madres abnegadas, entregadas a la atención de hijos, hijas y esposo.....tal como lo pregona el modelo del “Ángel del Hogar” a partir del siglo XVIII europeo. Esta visión de felicidad y de realización expuesta por las mujeres entrevistadas se corresponde con lo expuesto por Leticia Artiles y Olga Pérezquienes afirman que “El momento de la menopausia (climaterio) representa un camino de cambio, de valoración de lo vivido y de toma de decisiones, y de enfrentar la vida con entusiasmo, de encontrar cada día un nuevo motivo para disfrutar, pues los avances tecnológicos nos han permitido vivir más, pero también con mejor calidad de vida” (2004:7).

En general no existe un reconocimiento social, familiar y médico de las sobrecargas generadas por la multiplicidad de roles generados: sostenedoras de la familia, de la alimentación, del orden y la limpieza, de la administración del hogar, mediadoras de los conflictos familiares, y de otras muchas tareas que por ser consideradas “naturales” tornan invisible el tiempo-esfuerzo-trabajo invertidos en su ejecución y enmascaran las implicaciones que tienen para la salud de la mujer en términos de su mayor desgaste físico y emocional (2004:120-121).

En la consulta de climaterio y menopausia, a lo largo de catorce años, he podido comprobar que las mujeres en climaterio, cumplidoras de roles de hijas, madres, esposas, abuelas, suegras generalmente postergan la satisfacción o solución de sus necesidades todo lo cual produce una sobrecarga física y emocional responsable de las alteraciones de su salud. Uno de cuyos ejemplos es el síndrome climatérico caracterizado por la presencia de fenómenos vasomotores (sofocos y sudoración), irritabilidad, insomnio, cansancio, fatiga, alteración de la memoria, pérdida de la concentración, llanto fácil, disminución de la autoestima, disminución del deseo sexual.

Al mismo tiempo he podido comprobar que el climaterio además de tener un componente biológico es también un acontecimiento biográfico, que responde a sustratos socioantropológicos los cuales se relacionan con las condiciones y estilos de vida, es decir a los condicionamientos de género. Es posible lograr cambios en las representaciones que las mujeres tienen respecto al climaterio, ese cambio de representaciones se traduce en acciones que tienden a mejorar la calidad de vida de las mujeres y en consecuencia la calidad de vida de la familia, en otra palabras a la puesta en escena de una salud pública crítica.

En Venezuela se han dado importantes cambios en lo que respecta a la salud sexual y salud reproductiva a partir de múltiples luchas de mujeres, grupos de mujeres, y el movimiento feminista, quienes han luchado para conquistar todos los derechos que como seres humanas les corresponde. Respecto al movimiento feminista Alda Facio afirma “El feminismo es un movimiento feminista social y político y también una teoría que parte de la toma de conciencia de las mujeres como colectivo humano oprimido y dominado en el patriarcado bajo sus distintas fases históricas” (1995:48); por su parte Marta González expresa “Lo que las mujeres feministas reivindican es precisamente la posibilidad de participar y no ser consideradas

extrañas” (2007:49). En lo que respecta al feminismo y la salud, María Cristina González (S/F), manifiesta que, la crítica feminista en el área de la salud, ha sido muy eficaz en denunciar los esencialismos naturalizados y su explicación biológica entre los sexos. De lo que se trata es lograr que el espacio salud transversalice la categoría de género para interpretar desde una perspectivas hermenéutica los procesos que viven las mujeres y de esta manera dar un salto cualitativo en la mirada, en la gestión y en la atención de salud de las mujeres.

El análisis de la representación Climaterio ¿Fin de la sexualidad? Nos permite afirmar lo siguiente:

- Persiste la influencia de factores religiosos- culturales-sociales como sustrato fundamental para la procreación.
- Existe una fuerte representación: Para ser mujer hay que parir.
- No se asocia el climaterio con pérdida de la feminidad.
- No hay asociación del climaterio con el sentimiento de pérdida del disfrute sexual.
- El mayor disfrute sexual durante la postmenopausia se relaciona directamente con la ausencia de menstruación y con la imposibilidad de un embarazo.
- El disfrute sexual durante la premenopausia se encuentra interferido por las modificaciones del patrón menstrual y la probabilidad de un embarazo.
- El climaterio como etapa de la vida de las mujeres es un acontecimiento biológico vivido desde lo humano, a través de las construcciones socio-culturales, las cuales se estructuran, consolidan y se reproducen por medio de las representaciones sociales.

Capítulo 6

SE CIERRA EL TELÓN

LAS RECOMENDACIONES NECESARIAS.LOS DESAFÍOS IMPOSTERGABLES.

Ante el fracaso del modelo biomédico y la necesidad de construir otro modelo más humano, es necesario adoptar un concepto holístico y ecológico de la salud, tanto en la práctica como en la teoría. Desde este punto de vista, es urgente cambiar el piso epistémico sobre el cual reposa el saber médico, el cual insiste en delegar toda responsabilidad de la salud en la atención médica y en la farmacoterapia.

El nuevo modelo médico debe:

- Considerar cuerpo y alma como una unidad funcional en la cual el proceso de curación constituya la respuesta coordinada del cuerpo humano integrado a las tensiones ambientales que influyen en él.
- Dejar de seguir considerando a las mujeres en climaterio como cuerpos enfermos, aislados, reducidos a fenómenos biológicos, descontextualizados de los factores socioculturales y ecológicos.
- Incorporar la subjetividad de las mujeres y dar cabida a los conocimientos que sobre la salud y la enfermedad circulan en el imaginario colectivo.
- Abordar el estudio del climaterio desde la perspectiva de género que permita mirar a las mujeres como la encrucijada o superficie intermedia entre ellas como individuos y la sociedad donde se desenvuelven bajo condiciones de exclusión y explotación. Esta perspectiva ayuda a visibilizar sus vivencias, sus voces silenciadas por años de sumisión y exclusión, sus conocimientos, sus subjetividades.
- Explorar la subjetividad de las mujeres respecto al climaterio e incorporar el conocimiento extraído al arsenal del conocimiento médico, para de esta manera interpretar, contextualmente, las manifestaciones que se presentan durante el climaterio y no desde la parcela biologicista. De esta manera se puede trascender la patologización y medicalización que actualmente está presente, se puede fracturar la representación social que se tiene del climaterio como enfermedad.

- Ejecutar acciones en la atención médica donde se conjuguen los aspectos físicos, ambientales, psicológicos y socioculturales que son determinantes en la conservación de la salud género sensitiva. Dentro de las prácticas debe incluirse la promoción del poder curativo de la mente, tal como lo hace la medicina oriental o la medicina alternativa al promover la autoconfianza en las propias fuerzas. Hacer énfasis en la interrelación salud, condiciones y estilos de vida es el camino.
- Darle voz a hombres y mujeres para que puedan expresar sus necesidades, sus inquietudes, y se conviertan en gestores/as y sujetos/as de su propia salud, y a través de esa participación puedan comprender la salud y la vida, y así poder reinterpretar la enfermedad y la muerte. La participación de la población en cuestiones de salud pública debe ser la fuerza que dirija la salud hacia nuevos horizontes, travesía que debe contar con la participación de las ciencias sociales.
- Transformar el concepto de causalidad respecto al proceso salud-enfermedad, tomando en cuenta los determinantes sociales, económicos y políticos de la salud colectiva, lo cual trae como consecuencia, la necesidad de cambios a la hora de procurar la salud de la población en general y en especial de las mujeres en proceso de climaterio.
- Rescatar lo social como elemento determinante del proceso salud-enfermedad. La salud como reflejo de las condiciones de vida y de trabajo. Las manifestaciones que presentan las mujeres en climaterio como expresión de las condiciones de vida y de trabajo. La salud no puede ser entendida como ausencia de enfermedad. La salud es un

concepto histórico atravesado por el ciclo de vida, el género, la cultura, el territorio social. Concepto que está en permanente construcción.

- Incorporar el género y la perspectiva de género para poder enfrentar el determinismo biológico y la visión patriarcal que se tiene sobre las mujeres. Al incorporar el género, como eje transversal en las prácticas de salud se está en capacidad de descubrir el origen de las inequidades en el espacio salud, develándose los sesgos sexistas y androcéntricos en la gestión y en la atención de la salud que afectan principalmente a las mujeres.
- Tener una actitud diferente hacia las mujeres en climaterio, mirarlas como actoras de un proceso donde los aspectos psicológicos, culturales, sociales, históricos y ecológicos tienen gran influencia en la intensidad, frecuencia y duración de sus manifestaciones.
- Basarse en un concepto de salud mucho más amplio que incluya sus dimensiones individuales, sociales y ecológicas, con una visión integral del cuerpo humano. Desde esta perspectiva es posible ir desmontando las representaciones ideológicas que han determinado diferentes modos de vivir, enfermar y morir.
- Constituirse en un modelo diferente basado en el respeto a la dignidad de la persona y en la interacción compleja entre mente, cuerpo y entorno.
- Es necesario que se produzca un cambio en la atención y gestión de salud y además un cambio profundo en la formación del personal de salud. Este cambio debe iniciarse en las escuelas de medicina donde los y las estudiantes reciban una formación en la que el uso de la tecnología, el

abuso en la prescripción de medicamentos y la práctica de una atención médica reduccionista, despersonalizada, y deshumanizada no puedan seguir siendo la base epistémica de la formación actual..

- Cualquier cambio del actual sistema de atención médica debe comenzar por reformar la educación médica, incluyendo por supuesto la necesaria transformación de la mentalidad de quienes se encargaran de la formación. El modelaje como herramienta de aprendizaje es fundamental, ese modelaje debe comenzar por el rescate de la persona, de su dignidad, que no siga siendo tratada como un número, una cama, sin sentimientos, sin historia, sin capacidad para tomar decisiones.
- La formación que se imparta debe tener pertinencia social en el sentido de afrontar y resolver la problemática y las necesidades colectivas e individuales de salud. La formación del/la profesional de la medicina debe centrarse en el estudio de las interacciones complejas entre cuerpo, mente y entorno si se quiere dar verdadera importancia a la promoción de la salud desde una perspectiva inter e intra genérica.
- Es necesario que el aprendizaje médico deje de centrarse en los hospitales donde el modelo reduccionista, biologicista de la enfermedad alcanza su máxima expresión. El aprendizaje debe centrarse en la comunidad, en el hogar, y en lo comunal donde el/la paciente y sus contingencias de salud-enfermedad puedan ser evaluados en contexto.
- El nuevo enfoque de formación debe privilegiar programas de educación e intervención en salud a fin de disminuir el impacto psico-emocional negativo que el climaterio genera en las mujeres y su grupo familiar

como expresión de unas representaciones sociales condensadas en el imaginario colectivo. Este enfoque, en otras palabras nos acerca a una revolución epistemológica que eche por tierra el actual sistema de representaciones en el que se basa el saber y el conocimiento médico moderno. Para ello, es imprescindible la incorporación y participación, no cosmética, de relleno de las ciencias sociales. El nuevo conocimiento debe ser el producto de la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad. En los programas de formación médica el género debe incorporarse como una variable transversal a lo largo de todo el proceso.

- Además de los cambios hasta ahora planteados, se hace necesaria una mirada que trascienda la salud pública tradicional, una mirada más abarcante representada por la salud colectiva, que tome en cuenta las relaciones sociedad-biología y sociedad –naturaleza para no caer en determinismo biológico al que nos conminó el pensamiento moderno

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abric, J. (1993). "Central system, peripheral system. Poles and dynamics of social representations", En *Papers on social representations*, vol. 2.
- (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México, México: Coyoacán.
- Agüero, O. (1999). Publicaciones venezolanas sobre climaterio y menopausia. En J, Terán., F, Balestrini (Edits) *Medicina del Climaterio y la Menopausia* (pp. 351-355). Caracas, Venezuela: Ateproca
- Aiello, F. (2012). Cuerpo actual vs cuerpo moderno. Documento en línea <http://www.temakel.com/node/izq>. Consulta: octubre, 31,12.
- Alfonzo, J. (2007). Cuba: características sociodemográficas de las mujeres en la edad mediana. En L, Artiles; *Climaterio y menopausia. Un enfoque desde lo social*. La Habana. Cuba: Instituto Cubano del Libro. Editorial Científico Técnica.
- Alonso, L. (1998). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En. J. Delgado; J, Gutiérrez. (Coord.). *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en ciencias Sociales*. Madrid. Síntesis.
- Alvarado, R. Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E., Neves, E., Olea, E y col. Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo casal. *RevChilNeuro-Psiquiat* 2000; (2):84-9338.
- Álvarez, R., Martín, E., Bordones, M. Conocimiento y actitud sobre el climaterio en mujeres entre 40 y 50 años. *Rev. Obstet Ginecol Venez* 2008; 68 (1): 32-40.
- Amador, L; Monreal, M. (2010). *Intervención social y género*. Madrid. España. Narcea.
- Aniorte, N. (2007). La construcción social del género y su relación con la salud. Documento en línea http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/punt_sociolog_salud_5.htm. Consulta: diciembre, 1,12.
- Aranguren, W. (2011). Género y Trabajo. *Revista Estudios Culturales*. Vol. 4. No. 8. pp: 219-233.
- Aron, R. (1976). *Las etapas del pensamiento sociológico*. Buenos Aires Argentina: Siglo veinte.

- Arango, Y. (2004). Autocuidado, género y desarrollo humano: fundamentos para pensar la salud y la sexualidad de las mujeres. XVI Congreso Mundial de Sexualidad. Ciudad de La Habana. Cuba
- Artiles, L. (2009). Mitos y realidades de la menopausia. En Y, Delgado; M, González (Coord.) *Mujeres en el Mundo: Ciencia, género, migraciones, arte, lengua y familia* (pp. 127-142). Valencia. Venezuela: Laboratorio de Investigación en Estudios del Trabajo (LAINET).
- Artiles, I; Navarro, D, Manzano, B. (2007). *Climaterio y menopausia. Un enfoque desde lo social*. La Habana. Cuba: Instituto Cubano del Libro. Editorial Científico Técnica.
- Artiles, L., Pérez, O. (2004). *Situaciones límites. Un libro para mujeres*. Ciudad de Panamá. Panamá: Mercie.
- Arroba, A. (2012). La medicalización del cuerpo de las mujeres. *Mujer y Salud, Red Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe-RSLAC*, 1/2003, Chile.
- Banchs, M. (1999). Entre la ciencia y el sentido común; Relevancia de la teoría de las representaciones sociales para una psicología de los procesos de salud/enfermedad. V Congreso Latinoamericano de ciencias sociales y medicina. Isla de Margarita.
-(2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on social representations*. Volumen 9, pages 3.1-3.15
- Balestrini, M. (1999). *El discurso médico en el capitalismo*. Caracas: BL consultores.
- Bartra, E. (2002). Reflexiones metodológicas. En *Debates en torno a una metodología feminista*. (Pp 141-158). Universidad Autónoma metropolitana. Unidad Xochimilco. México,
- Bleichmar, E. (2002). Comentario al capítulo II, El deseo maternal. En M, Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina* (pp. 63-62). Buenos Aires. Argentina. Librería de mujeres.
- Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1): 83-101, Enero-Abril. Buenos Aires.
- Burin, M.(2002). Mujeres y salud mental. En *Estudios sobre la subjetividad*

- femenina* (pp. 27-62). Buenos Aires. Argentina. Librería de mujeres.
- (1996). El deseo maternal. En *Estudios sobre la subjetividad femenina* (pp. 63-79). Buenos Aires. Argentina. Librería de mujeres.
- Butler, J. (1999). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Cabral, B (2013). Sexo, poder y género. Tomo I. Un juego con las cartas marcadas. Caracas. El perro y La Rana.
- (2013). Sexo, poder y género. Tomo II. Caracas. Venezuela. El perro y La Rana.
- Cabré, M; Ortiz, T. (2008). Significados científicos del cuerpo de mujer. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. Vol. LX: n° 1, enero-junio, p. 9-8.
- Calkins, E. (1981). Envejecimiento de células y personas. *Clínicas obstétricas y ginecológicas* (1), 169-184.
- Camacaro, D. (2000). Histerectomía. El rostro oculto de la violencia médica. Una aproximación desde el género. Tesis Doctoral. Universidad de Carabobo.
- (2009). Histerectomía: Una práctica médica entre la profilaxis y la castración. En Y, Delgado; M, González (Coord.) *Mujeres en el Mundo: Ciencia, género, migraciones, arte, lengua y familia* (pp. 217-231). Valencia. Venezuela: Laboratorio de Investigación en Estudios del Trabajo (LAINET).
- Camacaro, M. (2008). “Discurso y praxis médica-obstétrica” saberes con impronta opresora en el cuerpo de la mujer. (Tesis doctoral, no publicada). Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.
-(2012). *La obstetricia desnuda. Una ruptura epistémica*. Valencia, Venezuela: Dirección de medios de la Universidad de Carabobo.
- Canet, J. (1999). La mujer venenosa en la época medieval. Revista de literatura española medieval y del renacimiento. [Http://Parnasco.uv.es/lemir/revista/mujer_venenosa](http://Parnasco.uv.es/lemir/revista/mujer_venenosa). HTML

- Capra, F. (1992). *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Buenos Aires. Argentina: Troquel.
- Carosio, A (2010). Pensando el socialismo feminista. En A. Carosio; I, Vargas. *Feminismo y socialismo*. (pp. 13-112). Caracas. Venezuela: El perro y la rana.
- Carreño, D. (2002). *Una crisis vital en la mujer: la edad madura*. En. M, Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina* (pp.279-291). Buenos Aires. Argentina. Librería de mujeres.
- Casagrande, C. (1992). La mujer custodiada. En G, Duby; M, Perrot (Direct). *Historia de las mujeres en occidente. La Edad Media. La mujer en la familia y en la sociedad*. (Pp.93-131) Tomo 3. Madrid. Taurus.
- Castell, M. (1998). *La era de la información: Economía, sociedad y cultura*. Vol. II. El Poder de la identidad. Madrid: Alianza.
- Castellanos, P L. (1995). Epidemiología. Salud pública, situaciones de salud y condiciones de vida. Consideraciones conceptuales. Seminario Latinoamericano sobre condiciones de vida y salud. Facultad de ciencias médicas. Sao Paulo. Brasil.
- Castro, I. (2002). Psicoterapia de mujeres: Algunos aspectos relevantes En. M. Burin *Estudios sobre la subjetividad femenina* (pp. 341-367). Buenos Aires. Argentina. Librería de mujeres.
- Charlton, D. (2003). Climaterio y menopausia. Una mirada desde el género. Vol. III y IV, números 101 y 102. Universidad de Costa Rica. San José de Costa Rica.
- Cobo, R. (2005). *El género en las ciencias sociales*. Cuadernos de trabajo social Vol. 18 (2005): 249-258.
- Comezaña, G. (2004). *La ineludible metodología del género*. Revista Venezolana de Ciencias Sociales Vol 8. N° 1.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Gaceta Oficial. N° 5908. Caracas
- Connell, R. (1987). *Gender and Power: Society, the personal and sexual politics*. Stanford: Stanford University Press.
- Cook, T., Reichardt, CH. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en*

investigación evaluativa. Madrid. España: Morata.

- Corbin, A., Courtine, J-J., Vigarello, G. (2005). *Historia del cuerpo. Del Renacimiento al siglo de las Luces*. Vol. I. Madrid: Santillana.
- Córdova, V. (1995). *Hacia una sociología de lo vivido*. Caracas. Fondo editorial tropykos.
- Córdova, R. (1998). Principios éticos en la atención del adolescente; algunos conceptos acerca de la sexualidad humana. Medellín. Colombia. Universidad de Antioquia.
- Couto, M. (2010). La formación de odontólogos/as en la Universidad de Carabobo. ¿Teoría o práctica transformadora? Representaciones sociales. (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.
- Cruz, L M. (21 de abril de 2013). En el imaginario colectivo las mujeres todavía son los “ángeles del hogar”. Correo del Orinoco.
- D’Atri, A. (2008). *Luchadoras. Historia de mujeres que hicieron historia*. Caracas: El Perro y la Rana.
- De Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Vol 1. Buenos Aires. Argentina: Siglo XXI.
- (2002). *El segundo sexo*. Vol. II. La experiencia de vida. Barcelona. Cátedra.
- De La torre, E., Rivera, E., Trigueros, C. (2012). Como influye el poder económico en la educación. Documento en línea <http://.ugr.es/ctriguier/secundaria/swad/g/Ensayo>. Consulta: noviembre, 7, 2012.
- Delgado de Smith, Y. (2011).Violencia contra las mujeres. *Revista Estudios Culturales*. Vol. 4. No. 8. Pp.81-95.
- De Barbieri, T. (2002). Acerca de la propuesta metodológica feminista. En. E. Bartra. *Debates en torno a una metodología feminista* (pp. 103-141). México. Universidad Autónoma Metropolitana. Programa Universitario de Estudios de Género.
- De Sousa Minayo, M. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires, Argentina: Lugar editorial.
- Duby, Ch; Perrot, M. (1993). Escribir la historia de las mujeres. *En Historias de las*

- mujeres en occidente.* (pp. 7-17) Tomo 1. Madrid. Taurus.
- Durkheim, É. (2004). *Las reglas del método sociológico.* Madrid: Alianza Editorial.
- Engels, F. (1993). *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado.* Bogotá. Panamericana editorial.
- Eisler, R. (1987). *El cáliz y la espada. Nuestra historia, nuestro futuro.* Santiago de Chile; Chile: Cuatro vientos.
- Esteban, M. (2001). *Re-producción del cuerpo femenino. Discurso y prácticas acerca de la salud.* España. EMAKUNDE.
- (2006). El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva* 2(1), 9-20. Buenos Aires
- Evans, G; Vicuña, M., Marín, R. Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev. ChilObstet-Ginecol* 2003; 68(6):491-494.
- Facio, A. (1995). *Cuando el género suena cambios trae. Metodologías para el análisis de género del fenómeno legal.* La escarcha azul. Universidad de Los andes. Mérida. Venezuela.
- Farr, R. (1986). Las representaciones sociales. En S, Moscovici. *Psicología social II. Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales* (pp. 495-506). Barcelona, España: Paidós.
- Feo, O. (2003). Repensando la salud, Propuestas para salir de la crisis. Análisis de la experiencia venezolana. Maracay. Universidad de Carabobo.
- Ferguson, M. (1990). *La Conspiración De Acuario. Transformaciones personales y sociales en este fin de siglo.* Barcelona. España. Kairós.
- Fernández, A. (1993)). La mujer de la ilusión. Buenos Aires. Paidós.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder.* Madrid: La Piqueta.
-(1998a). *Historia de la sexualidad.* Tomo 1. *La voluntad de saber.* México. Siglo XXI.
- (1999). *Historia de la locura en la época clásica.* Tomo II. México. Fondo de Cultura Económica.

- (2005). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México, México. Siglo XXI.
- Francés, L. (2003). Análisis sobre los modelos culturales de la menopausia. Departament d Antropologia cultural i Història d'Amèrica i Àfrica Facultat de Geografia i Història Universitat de Barcelona.
- Gadamer, H. (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona, España: Gedisa.
- (2005). *Verdad y método I*. Salamanca, España: Sígueme.
- García de León, M. A. (2011). *Cabeza moderna/ Corazón patriarcal. (Un diagnóstico social de género)*. Barcelona. España: Anthropos.
- Gélis, J. (2005). El cuerpo, la iglesia, y lo sagrado. En A, Corbin., J-J, Courtine., G, Vigarello. (2005). *Historia del cuerpo. Del Renacimiento al siglo de las Luces*. (pp. 27-52). Vol. I. Madrid: Santillana.
- Georgoudi, S. (1993). Bachofen, el matriarcado y el mundo antiguo: reflexiones sobre la creación de un mito. En G, Duby; M, Perrot (Direct). *Historia de las mujeres en occidente*. (Pp.277-295) Tomo 2. Madrid. Taurus.
- Giberti, E. (2007). El poder hegemónico del médico en situación de embarazos y partos. Primer congreso nacional de parteras. La plata.
- Gil, D. (1999). Menopausia y modernidad. IATREIA/Vol 12/Nº 4/Diciembre. Medellín. Colombia
- Glick, P y Fiske, S. (1996). The ambivalent sexism inventory: differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 12, 1323-1334.
- Goldstein, S. (1971). Medical progress: Biology of aging. *N Engl J Med*, 285, pp.1120.
- Gómez, E. (2001). Equidad, Género y Salud. Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género. OPS/OMS- FONASA. Santiago de Chile.
-(2002). *Equidad, Género y Salud: retos para la acción*. Rev PanamSaludPública/Pan Am J Public Health 11 (5/6), 2002.

- González, M. (2005). *El Discurso Médico. Representaciones Sociales*. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo. CDCH.
-(2007). Derechos sexuales y reproductivos. Avances y Desafíos. Caso Venezuela. Seminario: Análisis comparado. Políticas Públicas e Instituciones Orientadas Hacia el Logro de la Equidad de Género.
- (2008). Género y salud. Una tarea impostergable. Incorporación de la perspectiva de género dentro del diseño curricular del postgrado de salud pública. Universidad de Carabobo. Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”. Maracay. Venezuela.
- (2008a). La ética patriarcal o la historia de la sujeción de la mujer. Revista Venezolana de Educación en Valores. Vol. 2 no 10. Universidad de Carabobo. Venezuela
-(2009). Género y globalización. Desafíos en la Venezuela del siglo XXI. En: Y, Delgado y M, González (coord.). *Mujeres en el mundo: Ciencia, género, migraciones, arte, lengua y familia* (pp. 101-118). Valencia, Venezuela: Laboratorio de Investigación en Estudios del Trabajo (LAINET). Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.
- (2010) El Patriarcado. DIARIO EL PERIODIQUITO. MARACAY
-(2011). Género y salud. Una Propuesta Evaluativa. DIARIO EL PERIODIQUITO. MARACAY
-(2012). Género y Salud. En el Camino De Lo Siempre Posible. DIARIO EL PERIODIQUITO. MARACAY
- González, M y Delgado de Smith, Y (2007). Cotidianidad y violencia basada en género. Claves epistemológicas. *Revista venezolana de Estudios de la Mujer*. Vol.12. No.29. Pp: 117-134.
- González, M. (2007). *El estudio social de la ciencia en clave feminista, género y sociología del conocimiento científico*. Icaria. Barcelona. España.
- Granda, E. (2009). *La salud y la vida*. Tomo I. Ecuador: ministerio de salud pública de Ecuador, OPS/OMS.
- Greene, R., Dixon, W. (2002). Utilidad de las hormonas de la reproducción para conservar las funciones cognitivas. *Clínicas de ginecología y obstetricia*.

Temas actuales, 3, pp. 445-461.

Guzmán, A. (1987). Edad madura y menopausia. En: A, Guzmán (editor). *Obstetricia y ginecología psicosomática* (pp. 335-339). Caracas. Venezuela: Disinlimed

Habermas, J. (1998). *Teoría de la acción comunicativa*. Vol. 2. Madrid, España: Taurus.

Harding, S. (2002). ¿Existe un método feminista? En. E, Bartra. (comp.). *Debates en torno a una metodología feminista*. México. Universidad Autónoma Metropolitana. Programa Universitario de Estudios de Género. PUEG

Hermoso, J. (2010). *Mujer y una nueva sociedad: Del reino de la necesidad al reino de la libertad*. Valencia. Venezuela: Protagoní.

Hyde, J. (2005). The gender similarities Hypothesis. *American Psychologist*, 60 (6), 581-592.

..... (2006). Gender similarities Still rules. *American Psychologist*, 60 (6), 641-642.

Jago, C., Blanco, A., Henríquez, C. *La mujer en los discursos de género*. Barcelona. España: Icaria.

Jago, C. (1998). La misión de la mujer. En C, Jago., A, Blanco., C, Henríquez. *La mujer en los discursos de género* (pp. 21-53). Barcelona. España: Icaria.

Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teorías. En S Moscovici. *Psicología social II. Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales* (pp. 469-494). Barcelona, España: Paidós.

Kornblit, A. (2000). Representaciones sociales acerca de la salud y la enfermedad: una puesta al día. En R, Briceño-León; M, de Sousa Minayo y C, Coímbra. (Coord.). *Salud y equidad una mirada desde las ciencias sociales*. Río de Janeiro, Brasil: Fio Cruz.

Lamas, M. (s/f). La perspectiva de género. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE).

..... (2000). Diferencias de sexo y género y diferencia sexual. Cuicuilco. Vol. 7. N° 18.

- Lanz, R. (1998). *Razón y Dominación. Contribución a la crítica de la ideología*. CDCH. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- Laqueur, T. (1990). *La construcción del sexo. Cuerpo y género*. Madrid, España: Cátedra.
- Lefebvre, H. (1983). *La presencia y la ausencia. Contribuciones a la teoría de las representaciones sociales*. México, México. Fondo de Cultura económica.
- Ley Orgánica Sobre El Derecho De Las Mujeres A Una Vida Libre De Violencia (2006).
- Ley Orgánica Para La Protección De Niños, Niñas y Adolescentes (1998).
- Lolas, F. (2012). Las ciencias sociales como discurso de la salud reproductiva. El ejemplo del climateriofemenino. [http://www.Scielo.Org/pdf/csp/v14s1/1349/revisado 20/12/2012](http://www.Scielo.Org/pdf/csp/v14s1/1349/revisado%2012/2012).
- Londoño, M. (1993). *Mujer y salud en el contexto sociopolítico*. Caracas. Monte Ávila.
- López, R. (1998). *Dios es una mujer*. Caracas. Venezuela: Monte Ávila.
- Lorente, M. (2004). *El rompecabezas. Anatomía del maltratador*. Barcelona. España: Crítica.
- Lugones, M. Ramírez, M. (2008). Apuntes históricos sobre el climaterio y la menopausia. Buscar la referencia en internet
-A. (2008). Lo social y lo cultural. Su importancia en la mujer de mediana edad. Documento en línea, [http://bvs.Sld, Cu/revista/gin/v...](http://bvs.Sld,Cu/revista/gin/v...) Consulta octubre 24,2012.
- Manifiesto de Lima. (2006). *Campaña por La Convención de Los Derechos Sexuales y Los Derechos Reproductivos*. Lima. Perú
- Martínez, M. (2006). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México, México: Trillas.
- Mata, J. (1999). Aspectos psicológicos durante el climaterio y la menopausia. En: J, Terán., F, Febres (editores). *Medicina del climaterio y la menopausia*. Caracas. Venezuela: Ateproca

- Matthews-Grieco, S. (2005). *Cuerpo y sexualidad en la Europa del Antiguo Régimen*. En A, Corbin., J-J, Courtine., G, Vigarello. (2005). *Historia del cuerpo. Del Renacimiento al siglo de las Luces*. (pp. 167-227). Vol. I. Madrid: Santillana.
- Mayobre, P. (2006). ¿Tiene género la Biotecnología? A propósito de los discursos de la maternidad en las nuevas tecnologías reproductivas.
- Mies, M. (2002). Investigación sobre las mujeres o investigación feminista. En E, Bartra (Comp) Pp 63-102. Debates en torno a una metodología feminista.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. República Bolivariana de Venezuela. (2003). Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva.
- Mitchell, J. (1966). *La liberación de la mujer: la larga lucha*. Barcelona. España: Anagrama.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2003). Norma oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Caracas. Venezuela.
- Molina, C.(1994). *Dialéctica feminista de la ilustración*. Madrid. Anthropos.
- (2003). Género y poder desde sus metáforas. Apuntes para una topografía del patriarcado. En S, Tubert (ed.). *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto* (pp.123-159). Madrid. España: Cátedra.
- Molina, R. (1999). Prólogo. *La medicina del Climaterio y la Menopausia*. Terán y Febres. Ateproca. Caracas.
- Mori, N; Decnop, V.(2004). *Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossocis da mesa idade femenina*. *Psicol. Reflex. Crut*. Vol. 17 n° 2 porto Alegre.
- Morín, E. (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, España: Gedisa.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina: Huemul.
- (1986). *Psicología social II. Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales*. Barcelona, España: Paidós.
- Moscovici, S., Hewstone, M. (1986). De la ciencia al sentido común. En: S. Moscovici. *Psicología social II. Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales* (pp. 679-708). Barcelona. Paidós.

- Opitz, C. (1992). Vida cotidiana de las mujeres en la Baja Edad Media. En G, Duby; M, Perrot (Direct.). *Historia de las mujeres en occidente. La Edad Media. La mujer en la familia y en la sociedad.* (Pp.321-395) Tomo 3. Madrid. Taurus.
- OPS/OMS. (1999). Equidad de género en salud. Washington DC.
- Parsons, T. (1966). *El sistema social.* Madrid. España: Editorial Revista de Occidente.
- Pelcastre-Villafuerte, B., Garrido-Latorre, F., de León-Reyes, V. (septiembre/octubre, 2001). Menopausia: representaciones sociales y prácticas. *Salud pública de México*, 43(5), pp. 408-414.
- Pellegrin, N. (2005). Cuerpo del común, usos comunes del cuerpo. En A, Corbin., J-J, Courtine., G, Vigarello. (2005). *Historia del cuerpo. Del Renacimiento al siglo de las Luces* (pp. 113-166). Vol. I. Madrid: Santillana.
- Plata, M I. (1997). Derechos reproductivos como derechos humanos: el caso colombiano. En R, Cook (Edit). *Derechos humanos de la mujer. Perspectivas nacionales e internacionales.* Pp 515-529). PROFAMILIA. Bogotá. Colombia.
- PRIGEPP (2007). Hipertextos. Unidad 2. FLACSO. Buenos Aires. Argentina.
- Ribera, F. (2003). Análisis sobre los modelos culturales de la menopausia. Departament d'Antropologia Cultural i Història d'Amèrica i Àfrica. Facultat de Geografia i Història. Universitat de Barcelona.
- Reyes, A. (2008). ¿Problemas de mujeres?: La menopausia y el climaterio a la luz de la bioantropología. *Revista venezolana de estudios de la mujer* (13) 30, p. 77-87.
- Rivas, M. (2013). Sexualidad y género. El caso de los adolescentes venezolanos. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Carabobo.
- Rodríguez, F. (1996). *Alienación, Ideología y Poder en Salud.* Samper.
- Rodríguez, T. (2007). Sobre el estudio cualitativo de la estructura de las representaciones sociales. En T, Rodríguez y M, García (Coord.). *Representaciones sociales. Teoría e investigación.* Editorial CUCH-UDG. Universidad de Guadalajara. México, México.
- Rojas, G., Fritsch R., Guajardo, V., Rojas, F., Barroilhet, S., Jadresic, E. Caracterización de madres deprimidas en el postparto. *RevMedChil* 2010;

138(5):536-542.

- Romero, E; Sánchez, G. (2010). El misterio de la menopausia: la perspectiva de las mujeres. *Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, N°. 68. Año 31. Pp 39-55.
- Rorsman, B., Gräsbeck, A., Hagnell, O., Lanke, J., Öhman, R., Öjesjö, L., Otterbeck, L. (1990). Prospective study of first incidence depression. The Lundby Study, 1957-72. *British Journal of Psychiatry* 156:336-342.
- Rousseau, J. (2003). *Emilio o de la educación*. EDAF. Madrid. España.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud*. Lugar. Buenos Aires. Argentina.
- Sánchez, M; Carmenate, M; Toledo, E; López, V; Moreno, V; Moreno, R; Wong, I. (2007). Algunos factores sociales y del estilo de vida relacionados con la menopausia, En I, Artiles; D, Navarro;B, Manzano. (2007). *Climaterio y menopausia. Un enfoque desde lo social*. Pp. 95-105. La Habana. Cuba: Instituto Cubano del Libro. Editorial Científico Técnica.
- Sarduy, C, (2007). La sexualidad de la mujer de edad mediana: Realidades y retos. En L, Artiles; D, Navarro; B, Manzano (Aut). *Climaterio y Menopausia. Un enfoque desde lo social*. Instituto cubano del libro. Científico técnica . La Habana. Cuba.
- Sen, G., George, A., Östlin, P. (2005). Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. OPS/OMS.
- Sierra, F. (1998). Función y sentido de la entrevista cualitativa en la investigación social. En Galindo (Coord.). *Técnicas de investigación. En sociedad, cultura y comunicación*. México. Addison, Wesley, Longman
- Sociedades Bíblicas Unidas. (1976). Santa Biblia. Bogotá. Colombia.
- Sosa, G. (2006). Un médico más cercano al hombre y a la salud. La formación para la praxis desde una perspectiva sociocrítica. Valencia. Venezuela. Clemente editores.
- Stoller, R. (1968). *Sex and gender. On the Development of Masculinity and Feminity*. Nueva York: Science House.
- Strauss, A; Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Facultad de

enfermería de la universidad de Antioquía.

- Terán, J; Febres, F. (1999). La medicina del climaterio y la menopausia. Ateproca. Caracas.
- Thomasset, C. (1992) La naturaleza de la mujer. En G, Duby; M, Perrot (Direct). *Historia de las mujeres en occidente. La Edad Media. La mujer en la familia y en la sociedad.* (Pp.61-91) Tomo 3. Madrid. Taurus.
- Touraine, A. (2000). *¿Podremos vivir juntos?* Madrid. Fondo de Cultura Económica.
- Tubert, S. (2003). La crisis del concepto de género. En S, Tubert (edit.) *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto.* (pp. 7-46). Madrid. España: Cátedra.
- Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., Contreras, A. Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 20112; 76(2):102-112-
- Utian, W. (1987). The fate of the untreated menopause. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* (14)1, p. 1-11.
- Valencia, M. (2011). Aportes de los nuevos enfoques para la conformación de la salud pública alternativa. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2011; 29(1): 85-93.
- Valls-Llovet, C. (S/F). Salud comunitaria con perspectiva de género. Centro de análisis y programas sanitarios. Barcelona. España.
- Van Dijk, T. (2000). *El estudio del discurso. En El discurso como estructura y proceso.* Barcelona, España: Gedisa.
- Vasilachis, I. (2006). La investigación cualitativa, En *Estrategias de investigación cualitativa.* Barcelona, España: Gedisa.
- Varcárcel, A. (1997). La política de las mujeres. Colección Feminismos. Madrid. Cátedra.
- Vecchio, S. (1992). La buena esposa. En G, Duby; M, Perrot (Direct). *Historia de las mujeres. La Edad Media. La mujer en la familia y en la sociedad.* (Pp.133-169) Tomo 3. Madrid. Taurus.
- Yabur, J. (1995). Menopausia. En J, Terán; F, Balestrini (Edits). *Endocrinología ginecológica y reproducción humana* (pp.235-289). Caracas, Venezuela: Ateproca.

Yubero, S., Navarro, R. (2010). Socialización de género. En L, Amador y M, Monreal (Coord.). *Intervención social y género*. (pp. 43-72). Madrid. España: Narcea.