

70
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES
EN EL CLIMATERIO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :

ALMA ADORACION FLORES VELAZQUEZ



DIRECTORA DE TESIS:
ALMA PATRICIA PIÑONES VAZQUEZ

CD. UNIVERSITARIA



1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES
EN EL CLIMATERIO"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ALMA ADORACION FLORES VELAZQUEZ

Directora de Tesis: Alma Patricia Piñones Vázquez

Ciudad Universitaria 1994

***A Pável y Vladi porque enriquecieron mi vida y
son la alegría de todos los días.***

***A Eduardo porque aprendimos a amarnos
y amar a los demás.***

***A todas la mujeres con las que aprendí a luchar
por un mundo mejor para nosotras.
Para las que están conmigo y para las que ya no están.***

INDICE

| | |
|---|-----|
| RESUMEN..... | 2 |
| INTRODUCCION..... | 5 |
| CAPITULO I. CONCEPTOS..... | 15 |
| CAPITULO II. CLIMATERIO..... | 36 |
| 1.- Cambios físicos y fisiológicos..... | 36 |
| 2.- Cambios psicológicos..... | 62 |
| 3.- Aspectos socioculturales..... | 72 |
| CAPITULO III. RESPUESTA SEXUAL FEMENINA.. | 83 |
| CAPITULO IV. ALTERNATIVAS..... | 118 |
| CONCLUSIONES..... | 130 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 138 |

RESUMEN

Partiendo de que la sexualidad de las mujeres en el climaterio es el resultado de múltiples factores, en este trabajo se analizan los cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales, desde una perspectiva de género que presumiblemente influyen sobre la sexualidad de las mujeres climatéricas.

De la revisión documental realizada se desprende que esta etapa del ciclo de vida de las mujeres ha sido poco comprendido por lo cual es necesario seguir realizando investigaciones con diversos enfoques.

En cuanto al estudio del climaterio y la menopausia, en este trabajo se considera que el climaterio constituye un proceso caracterizado por cambios fisiológicos, afectivos y emocionales en un contexto social y cultural, que afecta a todo el organismo produciendo crisis vitales y malestares físicos, relacionados con un cambio en la identidad de las mujeres y en donde los factores socioculturales y de género tienen una gran importancia, de tal manera que el climaterio no puede seguirse considerando un proceso de cambios biológicos exclusivamente.

De la presente investigación se desprende que el rol de género, como factor sociocultural, además de los factores fisiológicos, sociales y económicos, influyen de manera determinante en la forma en que las mujeres enfrentan la sexualidad en el climaterio.

En este sentido, el rol de género, en la medida en que implica un ideal de madre, esposa y ama de casa, para las mujeres en las sociedades patriarcales, niega en deseo y el placer sexual de las mujeres. Niega el disfrute del cuerpo más allá de la procreación y las incapacita para realizarse a través de un proyecto de vida propio.

A partir de este estudio se concluye que los cambios fisiológicos propios del climaterio no incapacitan a las mujeres para un ejercicio satisfactorio de su sexualidad, sino que son el resultado de la interacción de los cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales, además de la historia sexual de cada mujer.

Del análisis de las alternativas para los malestares del climaterio que afectan la sexualidad, se concluye que es necesario que las mujeres sean informadas de los cambios que van a ocurrir en esta etapa de su vida y de las diversas formas de abordarlos, para que a partir de esta información, del autoconocimiento de su cuerpo y de la autovaloración como personas sean capaces de decidir el tipo de atención que requieren.

A partir de esta investigación se considera necesario que los trabajadores de la salud -médicos y psicólogos- integren en la historia clínica los aspectos relacionados con la sexualidad y que cuando se trate de aplicar algún tipo de terapia, se reconozcan las condiciones sociales de las mujeres y se responda a sus necesidades.

INTRODUCCION

En los últimos treinta años se ha dado un cambio en relación a la aceptación de que los seres humanos somos seres sexuales en todas las etapas de nuestra vida. Estos cambios se relacionan con avances en las ciencias al respecto de la sexualidad, pero también con el movimiento social más importante de este período: el movimiento estudiantil, que fue acompañado de otros movimientos como el feminista, el ecologista, el movimiento contra la guerra, contra las armas nucleares y el movimiento de liberación homosexual.

Los avances científicos han sido también el resultado de avances económicos, que se han reflejado en la elevación del nivel de vida de la población en los países desarrollados y en algunos sectores de los países atrasados. Podemos decir que estos dos aspectos fundamentales también han tenido repercusiones en la condición de las mujeres; sobre todo cuando las mujeres al acceder a niveles altos de educación e incorporarse ampliamente al empleo, han empezado a demandar cambios dentro de la familia y en las condiciones sociales y laborales en las que viven.

La sexualidad había sido un tema tabú. También en este período se inició su salida del closet. Y las mujeres

demandaron el reconocimiento de su sexualidad, de su deseo, anteriormente negado, y de su libre ejercicio. Este reclamo no siempre ha sido bien visto. Mas bien ha sido tolerado, y actualmente sólo puede negarse desde una perspectiva muy conservadora y acientífica.

Las mujeres pasan por diferentes etapas en su ciclo de vida, de hecho los seres humanos viven en un proceso de transformación constante, aunque existen ciertos momentos que pueden ser tomados como límites entre una y otra etapa. En las mujeres la primera menstruación y la menopausia son ejemplo de estos momentos claves. Y desde luego, que estos fenómenos tienen relación con la sexualidad, pues tal y como el modelo patriarcal se aplica a las mujeres, después de la primera menstruación comienza la etapa reproductiva y, se supone, de actividad sexual y después de la menopausia, en tanto ya no es reproductiva, debe suspender su vida sexual.

En México, cada año son más las mujeres que acceden al climaterio, en el XI Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en 1990, detectamos un aumento del 25% en términos reales, en relación al censo anterior.

De estos cambios y necesidades parte el interés por el estudio de la sexualidad de las mujeres en el climaterio. Pero se trata de estudiarla integralmente, es decir, no como un aspecto separado de otros, sino entendiendo que la sexualidad es la expresión de lo que está pasando en otras

esferas de la vida de los seres humanos y en especial de las mujeres. Existen ya amplios estudios del climaterio y la menopausia desde el punto de vista médico, recientemente empiezan a hacerse estudios desde el punto de vista psicológico, e investigaciones sobre la sexualidad en esta etapa, y ahora también desde una perspectiva de género. En este trabajo se trata de integrar estos enfoques.

En este trabajo se pretende presentar una investigación documental actualizada sobre el tema, con el fin de facilitar a los trabajadores de la salud y en especial a los psicólogos, el conocimiento de los factores que influyen la expresividad sexual de las mujeres climatéricas, desde una perspectiva de género.

Se trata de investigar de qué manera la categoría de género y los cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales, pueden explicar los cambios en la expresividad sexual de las mujeres climatéricas.

La finalidad es aportar elementos teóricos para quienes en el ejercicio profesional tratarán con mujeres en esta etapa de su ciclo de vida. Es necesario, que los trabajadores de la salud y en especial los psicólogos, cuenten con los elementos que les permitan brindar una educación y orientación al respecto de lo que la ciencia ha aportado en el conocimiento del climaterio, ya que eso puede ayudar a que las mujeres conozcan cómo funciona su cuerpo y se familiaricen con los cambios, lo que constituiría una labor

educativa y preventiva, que haga que las mujeres dejen de visualizar esos cambios en su cuerpo y en sus relaciones familiares y sociales, siempre como enfermedades, y que sepan cuándo deben acudir al especialista y qué esperar de él.

Por otro lado también es necesario que médicos y psicólogos, principalmente, conozcan la naturaleza de los cambios en esta etapa, que no constituyen una enfermedad en sí misma; y que existe una diversidad de maneras de abordarlos, para que la comunicación con las mujeres que buscan ayuda y orientación, les permita a ambos, tomar una decisión sobre la mejor forma de resolver las quejas y necesidades de las mujeres.

Con el fin de orientar la búsqueda de información se elaboraron las siguientes preguntas de investigación:

- ¿ Cuáles son los cambios físicos y psicológicos que experimentan las mujeres en esta etapa de su vida ?.
- ¿ Qué condiciones socioculturales afectan a las mujeres en esta etapa de su vida ?.
- ¿ Qué puede aportar la perspectiva de género al análisis de la sexualidad de la mujer climatérica ?.

- ¿ Cómo estos cambios afectan o no el ejercicio satisfactorio de la sexualidad en las mujeres climatéricas ?
- ¿ Estos cambios producen molestias y enfermedades ?
- ¿ Existen tratamientos específicos para estas molestias y enfermedades ?

De estas preguntas se derivan algunas hipótesis que mencionamos a continuación:

- Hay condiciones fisiológicas y socioculturales que tienen efectos sobre la mujer climatérica.
- Existen cambios físicos, psicológicos y sociales que afectan el ejercicio satisfactorio de la sexualidad en la mujer climatérica.
- Las mujeres enfrentan de diversas maneras su sexualidad en el climaterio, lo cual tiene que ver con factores socioculturales como el género, además de los aspectos físicos y psicológicos.
- Las molestias y enfermedades que presentan las mujeres climatéricas tienen relación con los cambios físicos, psicológicos, socioculturales y de género.

Para poder dar respuesta a las preguntas y dilucidar si las hipótesis planteadas son correctas, en el primer capítulo de este trabajo se abordan los conceptos de Climaterio, Menopausia, Género y Sexualidad. Se trata de conocerlos y explicar qué se entiende por cada uno de ellos y la forma en que se relacionan. En ese sentido se entiende que las mujeres viven cambios durante el climaterio, el más importante, porque es el más visible, es la menopausia; un fenómeno fisiológico que implica cambios en el funcionamiento hormonal. Estos dos conceptos, con frecuencia se usan indistintamente. Aclaremos que el Climaterio es una etapa amplia que incluye a la menopausia.

El género es una categoría compleja que comprende la atribución, asignación o rotulación de género, la identidad de género, el rol de género y la orientación o preferencia sexual. Es una categoría que nos da la oportunidad de ver viejos problemas con nuevos ojos, pues a partir de que permitió distinguir los aspectos biológicos del sexo, de los aspectos psicológicos de la expresividad sexual, se ha encontrado respuesta a los cuestionamientos de las mujeres al respecto de la maternidad, los roles de género y la sexualidad femenina, tradicionalmente reprimida o negada.

La sexualidad es un concepto que va más allá de la genitalidad, de lo biológico, para incluir además, aspectos psicológicos (sentimientos, pensamientos, emociones, experiencias, placer, fantasías) y los socioculturales

(normas, valores, religión). Entendiendo que la expresión de la sexualidad humana debe comprender una visión integral del ser humano y que tiene que ver con la personalidad global del los sujetos en interacción con un ambiente sociocultural determinado.

Se trata entonces de visualizar la sexualidad de las mujeres en el contexto de los cambios que ocurren durante el climaterio y en donde el rol de género tiene un importante papel.

El segundo capítulo presenta una revisión de los procesos fisiológicos, psicológicos y socioculturales, relacionados con el género, que son propios del climaterio y que presumiblemente afectan a la sexualidad. Se trata con esta revisión de proveer de los elementos que permitan esa visión integral de la sexualidad de las mujeres en el climaterio que queremos alcanzar.

En el apartado de Cambios Fisiológicos revisamos en primer lugar la menopausia como fenómeno distintivo del climaterio, en segundo lugar se analizan los cambios hormonales, de los cuales los más importantes son los que se refieren al funcionamiento de los ovarios y la disminución de la producción de estrógenos.

Un tercer aspecto que se aborda en este capítulo son los cambios que se asocian con la disminución de estrógenos: la osteoporosis, enfermedad de las mujeres climatéricas

posmenopáusicas. Y después se revisan los cambios circulatorios.

En este mismo capítulo de los cambios fisiológicos se mencionan los cambios más importantes en los órganos sexuales pélvicos internos (vagina, útero, ovarios) y externos (labios mayores y menores). Se incluye un análisis de las molestias más frecuentes experimentadas por las mujeres: los bochornos y los sudores nocturnos.

El primer apartado termina con la exposición de los enfoques que abordan el climaterio y la menopausia desde dos puntos de vista el biomédico y el del movimiento de la salud de las mujeres.

En un segundo apartado de este capítulo se abordan los cambios psicológicos y emocionales, el más destacado e investigado es la depresión, estudiado desde el enfoque biomédico y el enfoque psicosocial.

El tercer apartado incluye una revisión de aspectos socioculturales y de género, que aborda el conocimiento de las formas en que mujeres de otras culturas experimentan el climaterio, así como un análisis de los roles de género.

En el capítulo III, el de la Respuesta Sexual Femenina, se retoman los conocimientos que han aportado las investigaciones de Masters y Johnson sobre la respuesta sexual femenina y los cambios que se producen en las mujeres mayores de 40 años. Se aborda uno de los hallazgos

recientes sobre la sexualidad femenina: el punto "G" y las nuevas interpretaciones del orgasmo. Al final del capítulo se mencionan las aportaciones de las investigaciones actuales sobre el tema que confirman algunos de los hallazgos de Masters y Johnson y que apoyan la postura crítica de que la sexualidad de las mujeres desde el punto de vista estricto de la respuesta fisiológica, no cambia.

El capítulo de Alternativas revisa la Terapia de Reemplazo Estrogénico o Estrogenoterapia, que es la forma más conocida y aplicada de tratar las molestias climatéricas, mencionando los riesgos de su aplicación. Se presentan también algunas formas mediante las cuales, desde el movimiento feminista y de salud de las mujeres, así como de grupos de sexología humanista, han abordado el climaterio, la depresión y la sexualidad.

Finalmente se señalan las conclusiones que se pueden proponer a partir de este trabajo. Las más importantes son que el climaterio no está suficientemente estudiado y comprendido; por lo que deben hacerse investigaciones desde diversos enfoques; que la sexualidad de las mujeres climatéricas no cambia como resultado exclusivamente, de los cambios fisiológicos del climaterio. Que el climaterio y la menopausia no tienen que enfrentarse o vivirse como enfermedades, que las mujeres climatéricas deben contar con suficiente educación e información sexual, además de información sobre los cambios que ocurren en esa etapa, que faciliten el que las mujeres reduzcan su ansiedad y

modifiquen su actitud (producto de la cultura y en especial del rol de género) frente a estos cambios y que la pongan en condiciones de decidir qué tipo de ayuda necesita y que la información que proporciona esta investigación esperamos sea útil a los trabajadores de la salud en el sentido de que incluyan en la historia clínica los aspectos relacionados con la sexualidad de las mujeres.

CAPITULO I

CONCEPTOS

El desarrollo económico y social de la humanidad con sus repercusiones en la longevidad de los seres humanos ha obligado a la ciencia al estudio cada vez más minucioso de los diferentes estadios de la vida humana.

Es en los últimos siglos en que los seres humanos aumentaron su esperanza de vida, que empezó a desarrollarse un creciente interés por los distintos estadios de la vida, infancia, juventud, madurez y vejez, cada uno con sus características propias. Esta situación ha hecho que se vayan determinando además de las características ciertos procesos que se enfrentan en cada etapa.

El climaterio y la menopausia son fenómenos propios de la etapa de la madurez femenina, en el sentido de que ha completado su desarrollo físico, que recientemente han sido objeto de estudio por especialistas de diversas disciplinas, que han abordado sus investigaciones y análisis desde diferentes enfoques; por lo que es útil revisar y conocer los conceptos con los que han venido funcionando estos científicos a la vez que es necesario adoptar algunos conceptos básicos que orienten nuestro trabajo.

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA.

El hecho de que existan diversas opiniones sobre si es una condición nueva, producto del desarrollo económico y de los avances en la protección de la salud que han producido un aumento en la esperanza de vida de la población o es un fenómeno conocido desde que existe la humanidad, explica el por qué tenemos actualmente dificultades para definir esta etapa de la vida de las mujeres. (Carranza, L.S., Kably, A.A. y Santos, G.J., 1992; Blumel, M.J.E., Cubillas, R.M. y Brandt, A.A., 1990a; Barruel, O.M. e Iñiesta, C.M., 1993).

Otro aspecto que se encuentra en las diferentes definiciones del climaterio femenino es cómo se le considera, pues encontramos autores que la definen como un proceso fisiológico e involutivo que se caracteriza por el declinar de la función reproductora y que incluye ajustes hormonales y cambios homeostáticos que precede a la senectud, considerando incluso un "síndrome climatérico" (Ruíz, D.J.R. 1989); otros como Mishara, B.L. y Riedel R.G. (1986) y Krymskaya, M. (1991) lo consideran como parte del proceso de envejecimiento de las mujeres y Beltrán, B. (1991) que habla de los cambios fisiológicos derivados de la suspensión de la función ovárica y sus repercusiones en el organismo.

En algunos autores incluso existe confusión pues usan los términos como sinónimos o hablan sólo de menopausia y/o climaterio (Barlow, S. 1989).

En 1980 la Organización Mundial de la Salud definió al climaterio como un proceso que comprende un "período de trastorno de la función menstrual hasta la última menstruación" denominado premenopausia, "la última menstruación se denominará menopausia y el siguiente lapso de tiempo hasta la completa extinción de la función de los ovarios, posmenopausia" (Krymskaya, 1991).

Beltrán (1989) define al climaterio como una "larga etapa en la vida de la mujer, un período de crisis endocrina y vegetativa, consecuencia del declinar de la función ovárica. La menopausia es, simplemente, un signo clínico, esto es, la fecha de la última menstruación" (p. XIV). Más adelante agrega "período de la vida de la mujer en el que tiene lugar la desaparición de la función reproductiva y varios cambios en la secreción de las hormonas sexuales que llegan a provocar alteraciones de relieve que no se localizan únicamente en el tracto genital, sino también en otros lugares del organismo" (p. 1).

Botella (1976), citado por Casamadrid, P.M.E.J.(1986) nos proporciona la siguiente definición: "El climaterio y la menopausia son dos hechos que suelen coincidir, pero que tienen naturaleza distinta, mientras que la menopausia es un fenómeno externo o sintomático, el climaterio es un fenómeno fundamental y profundo de todo el organismo, de tal suerte que se puede decir que la menopausia es uno de los síntomas que se asocian al climaterio o

también que el climaterio es una época larga de la vida sexual de la mujer y representa un lapso de tiempo amplio, mientras que la menopausia no es más que un hecho momentáneo, el cese de una hemorragia periódica" (p. 22).

Casamadrid (1986) en su tesis nos plantea que "El climaterio se inicia por lo común antes de la menopausia, culmina en toda su fenomenología en el momento de la menopausia, y al desaparecer las menstruaciones, todavía se prolonga su cuadro endocrino y vegetativo" (p. 23).

Krymskaya (1991) propone al climaterio como "el período de la vida de la mujer que se caracteriza por trastornos involutivos generales relacionados con la edad ocurridos en el organismo, en cuyo fondo se presentan los cambios climatéricos de acuerdo a la edad del sistema reproductor"; que se caracteriza por una "perturbación de los procesos cíclicos regulares en el sistema de reproducción y que altera la homeostasis hormonal" (pp. 9 y 42).

Muy cercana a la anterior es la que nos presenta Ruíz (1989) que caracteriza al climaterio como "un proceso fisiológico e involutivo, caracterizado por el declinar de la función reproductora de la mujer, que incluye reajustes hormonales y cambios homeostáticos, así como alteraciones patológicas habituales y que precede siempre a la senectud". Y agrega que es una "etapa de transición" (p. 790).

Las definiciones anteriores abordan el climaterio haciendo énfasis en los aspectos fisiológicos que tiene su explicación en que han sido los médicos quienes con mayor frecuencia han atendido las quejas de las mujeres en este período, en ese sentido son definiciones que no integran otros aspectos que también están involucrados en este proceso, como veremos más adelante.

Una definición de climaterio que alude a los aspectos psicológicos es la de Burín, M. (1987): "El ciclo climatérico constituye una constelación de conductas que se establecen aproximadamente cuando cesa definitivamente la capacidad reproductiva, generando en la mujer una crisis vital conducente a una reorganización de la identidad" (p. 314).

Las estimaciones en cuanto al momento y la duración de esta etapa son muy variables: Beltrán (1989) señala que esta fase de transición puede iniciarse en cualquier momento entre los treinta y los cincuenta años, aunque en "la mayoría de las mujeres aparece después de los cuarenta" (p. 2).

Englander, B.C. (1993) nos menciona que este período abarca de los 45 a los 55 años; Huerta, G.L.A. (1992) nos plantea que abarca de los 45 a los 59 años; Robles, U.F. (1991) la ubica entre los 35 a los 65 años, como una época entre la madurez y la senectud. Como vemos esta etapa no tiene una duración bien definida.

El climaterio se ha dividido en tres etapas:

Premenopausia: Etapa previa a la menopausia, donde los ciclos menstruales se vuelven irregulares y comienzan a aparecer molestias climatéricas. Aunque existe menstruación la ovulación es un proceso que empieza a declinar lo que produce un descenso de la fertilidad; comprende de los 40 años a uno anterior a la menopausia según Ruíz (1989) y de 2 a 6 años según Krymskaya (1991).

Menopausia: Es cuando cesa el sangrado menstrual. Corresponde a la última menstruación. Un año antes a un año después de la menopausia, también llamada etapa perimenopáusica, se presentan trastornos vasomotores y metabólicos (Krymskaya, 1991).

Posmenopausia: Corresponde a la fase posterior a la última menstruación, regularmente un año después, cronológicamente termina a los 65 años y se presentan trastornos metabólicos y atróficos (Casamadrid, 1986; Ruíz, 1989; Krymskaya, 1991).

Al principio de este capítulo decíamos que algunos autores usan indistintamente el concepto de climaterio y el de menopausia. Es necesario distinguirlos. Ya hemos hablado de que el climaterio es una etapa amplia durante la cual se produce la menopausia. La menopausia es el evento más importante que

ocurre durante el climaterio y consiste en la cesación de los sangrados menstruales.

La menopausia ocurre en algún momento entre los 40 y los 50 años según Blumel (1990a) y Hucerta (1992), y entre los 45 y 55 según Ruíz (1989) quien agrega que el promedio de edad es de 49 años; en México según Robles (1991) el promedio de edad es de 47 años, aunque no proporciona más datos.

Existen casos en donde la menopausia se presenta de manera natural entre los 35 y los 40 años y se le considera como menopausia precoz.

En el curso de este trabajo consideraremos al climaterio como una etapa del ciclo de vida, en donde se producen cambios fisiológicos, afectivos y emocionales en un contexto social y cultural que afecta a todo el organismo produciendo crisis vitales, y malestares físicos, relacionadas con un cambio en la identidad de las mujeres (en tanto madre, esposa y ama de casa).

Es muy importante contar desde este momento con una definición del climaterio que retome todos los factores que están involucrados en él, pues es la mejor manera de aproximarnos al conocimiento de este complicado proceso de cambio en el ciclo de vida de las mujeres, que por su propia complejidad ha sido poco comprendido.

En la medida en que el título de este trabajo es La sexualidad de las mujeres en el climaterio, es importante después de definir los conceptos de climaterio y menopausia pasar a explicar qué entendemos por sexualidad.

SEXUALIDAD.

La sexualidad es un tema que sólo muy recientemente ha sido objeto de estudio e investigación y con frecuencia la producción de información científica no se acompaña de un cambio de actitudes hacia la propia sexualidad y hacia las relaciones entre los seres humanos. Más bien nos encontramos con "opiniones morales y juicios de valor acerca de cuestiones que en la actualidad ya son datos objetivos" (Ehrenfeld, L.N. 1989 p. 384).

No es sino hasta hace cuarenta años, como señala Ehrenfeld (op.cit. p. 384), que la sexualidad ha pasado a ser un tema de interés.

Desde el punto de vista histórico existen en la sociología pioneros de la sinceridad sexual del final de la época victoriana, como Haverlock Ellis, quien mediante la publicación de libros sobre psicología sexual y moralidad intentó dar cuenta de la amplia variedad de la expresión sexual y reafirmar la importancia de la sexualidad en la vida de los individuos y de la sociedad (Rowbotham, Sh. y Weeks, J. 1978).

En el campo de la psicología es Sigmund Freud, quien a fines del siglo pasado y principios del presente revolucionó a la sociedad con sus múltiples escritos; planteando la existencia de una sexualidad en los seres humanos desde el momento del nacimiento y tratando, mediante un novedoso método, los trastornos resultantes de la represión sexual.

Sin duda alguna la influencia del pensamiento de estos dos pioneros del estudio de la sexualidad seguirá reflejándose en los resultados de los trabajos de todos aquellos que pretendan analizar, teorizar e investigar la conducta sexual humana en la actualidad.

Las investigaciones de Alfred C. Kinsey, con la publicación de sus famosos libros *Sexual Behavior in the Human Male* (1948) y *Sexual Behavior in the Human Female* (1953), resultado de entrevistas, crearon furor en Estados Unidos, y señalaron el inicio del campo de la investigación sexual como un estudio científico, legítimo y bien reconocido (Gotwald, W.H.Jr. y Holtz, G.G. 1992).

Además de Kinsey, William H. Masters y Virginia Johnson (1966) después de más de diez años de investigación, publican su libro *Respuesta Sexual Humana*, que sigue siendo hasta nuestros días de lectura y estudio obligatorio sobre el tema de la sexualidad humana, puesto que contienen datos muy precisos obtenidos mediante el uso de aparatos de medición, entrevistas y

observaciones. Es el estudio más amplio que se ha hecho de la respuesta sexual humana.

En este trabajo el concepto de sexualidad es muy importante, por ello es necesario detenernos a analizarlo para tener una idea clara, que nos permita expresar fielmente cómo la entendemos.

El término sexualidad con frecuencia ha sido interpretado como relación sexual, meramente coital; también se ha relacionado con las características físicas del ser humano.

Los estudios y los libros sobre sexualidad, actualmente hacen la distinción entre los conceptos de sexo y sexualidad. Se considera como sexo "a la serie de características físicas, determinadas genéticamente que colocan a los individuos de la especie en un punto" de una línea continua "que tiene como extremos a los individuos reproductivamente complementarios" (Alvarez, G.J.L. 1990 p. 1).

El sexo entonces es un hecho biológico que por lo común tiene una presencia imperativa entre los seres humanos; está constituido por los siguientes elementos:

- 1.- Sexo genético, revelado por el número de cromosomas (46 XX o 46 XY en las personas) o la presencia de cromatina sexual (cuerpo de Barr).

- 2.- Sexo hormonal: el equilibrio andrógino-estrógeno.
- 3.- Sexo gonádico: la presencia de ovarios o testículos.
- 4.- Morfología de órganos pélvicos internos.
- 5.- Morfología de órganos pélvicos externos.
- 6.- Sexo cerebral.

(Money, 1965 citado por Katchadourian, H.A. 1984, p. 17; Barrios, M.D., Garcidueñas, M.I., Velasco, M.V. 1993).

En este sentido se reconoce el elemento biológico, el sexo, como parte integrante de la sexualidad y se superan las visiones extremas de ver la sexualidad humana como innata/aprendida o como biológica/social para reconocer que ciertos aspectos como la existencia del impulso sexual y cambios evidentes en el cuerpo son determinados genéticamente, y que cuando se trata de elegir a la pareja y de buscar las condiciones del encuentro sexual nos referimos a aspectos que dependen de la cultura de la comunidad y de un sistema de valores normado socialmente (Ehrenfeld, 1989).

La identidad sexual, también llamada identidad sexo-genérica conceptualiza un conjunto de dimensiones psicosociales que abarcan sentimientos, conductas e identificaciones de todo ser humano respecto a su sexualidad.

Los elementos que componen la identidad sexual son núcleo genérico, identidad de rol y elección del objeto erótico. El núcleo genérico es la percepción íntima de sentirse hombre o mujer. La

identidad de rol implica la aceptación de los comportamientos que la sociedad en que vivimos espera de nosotros en relación al sexo al que pertenecemos. Y la elección del objeto erótico se refiere a los niveles de atracción que poseemos para relacionarnos tanto afectiva como eróticamente con las personas (Barrios et al. 1993).

La sexualidad es entonces, un concepto que va más allá de la genitalidad, de lo biológico, para incluir además los aspectos psicológicos (sentimientos, pensamientos, emociones, experiencias, placer, fantasías) y los socioculturales (normas, valores, religión). Entendiendo que el comportamiento sexual, que la expresión de la sexualidad humana, debe comprender una visión integral del ser humano.

Se destaca el aspecto integral de la sexualidad, en tanto no se trata simplemente de los aspectos coitales o reproductivos, sino que tiene que ver con la personalidad global de los sujetos en interacción en un ambiente sociocultural determinado (Barrios, et al. 1993).

GENERO.

Con Stoller (1968) y a partir de la publicación de su famoso libro "Sex and Gender", empieza a hacerse la distinción entre los aspectos biológicos y los aspectos psicosociales del comportamiento sexual.

Unos años después Kate Millet (1975) en su conocido libro "Política Sexual" y retomando las aportaciones de Stoller y otros psicólogos e investigadores, planteó, de una manera muy clara, la distinción entre los conceptos de sexo y género, desde una postura que concede gran importancia a la socialización como proceso reproductor de los modelos culturales y sociales que conforman los géneros y desde una posición crítica a los papeles o roles rígidos que hacen desiguales a hombres y mujeres en las sociedades patriarcales.

Es útil saber que la categoría de género es un concepto desarrollado desde la psicología y la antropología en su origen, y vinculada después al movimiento feminista de fines de los sesentas y principios de los setentas.

En México es Marta Lamas (1986) antropóloga feminista, quien hace una elaboración al respecto, retomando lo estudiado y aportado por psicólogos, antropólogos y feministas. Señala que es a partir de la interrogante de Rosaldo (1974) sobre ¿qué característica se encuentra presente en todas y cada una de las sociedades para que éstas produzcan y reproduzcan un orden sexual desigual?. Y responde: "Así nos encontramos no sólo con la diferencia biológica, sino también con la constante división de la vida en esferas masculinas y femeninas, división que se atribuye a la biología pero que, exceptuando lo relacionado con la maternidad,

es claramente cultural. O sea nos topamos con el género" (Lamas, 1986 p. 184)

La misma autora explica que la posición de las mujeres, sus actividades, sus limitaciones y sus posibilidades, varían de cultura a cultura. "Lo que se mantiene constante es la diferencia entre lo considerado masculino y lo considerado femenino" (op. cit. p. 184).

De esta manera nos encontramos que en una cultura puede ser un trabajo femenino la confección de canastas debido a su mayor destreza manual, y en otra un trabajo masculino con la misma explicación. De esta manera ella llega a la conclusión de que la posición de las mujeres no está determinada por lo biológico sino por lo cultural, lo cual configura los papeles o roles sexuales.

De aquí se sigue, según Lamas, que la división de géneros basada en la anatomía de las personas "supone además formas determinadas -frecuentemente conceptualizadas como complementarias y excluyentes- de sentir, de actuar, de ser" (op.cit. p. 186).

Tanto Lamas como Dio B. E. (1989) coinciden al señalar que el género es una categoría compleja y que comprende: la atribución, asignación o rotulación de género, la identidad de género (que se subdivide en núcleo de la identidad de género y la identidad propiamente dicha); y el rol de género.

- a) La atribución de género es una asignación que médicos y familiares realizan a partir de la apariencia externa de los órganos sexuales. Es el primer criterio de identificación de un sujeto y determinará el núcleo de su identidad de género. Es a partir de esta atribución que la familia emitirá un discurso cultural que reflejará los estereotipos masculinos y femeninos que serán guías para la crianza de los infantes.

En algunos casos se cometen errores en la asignación, que es necesario corregir, pero debe hacerse antes de los tres años ya que después ya está consolidada la identidad de género, según lo informó Money en 1973, (Katchadourian, 1984). Esto ha sucedido en niños con síndrome adrenogenital, con sexo genético, hormonal y anatómico femenino concordante, pero que sus órganos sexuales externos se han masculinizado, si han sido designados como niñas al nacer, a los cinco años se sienten niñas, mientras que si han sido rotulados como varones serán varones. Sin embargo se han observado casos de discordancia género-rólicas en edades posteriores a los seis años de edad, lo cual significaría que la identidad de núcleo, conformada por la identidad de género e identidad rólica, queda establecida en edades posteriores (Castuera, I.A., 1993a). Estas situaciones permiten suponer, siguiendo a Stoller (1968, citado por Dio, 1989) que el comportamiento de género en estos sujetos no tiene que ver con su sexo biológico, sino con las vivencias a partir del nacimiento.

- b) El núcleo de la identidad de género es "el esquema ideoa-fectivo más primitivo, conciente e inconciente de la pertenencia a un sexo y no al otro" (Dio, 1989, p. 39).

Dio Bleichmar retoma planteamientos de Stoller en el sentido de que el sentimiento de ser hombre o mujer como autopercepción de la identidad genérica se desarrolla antes de la creencia, que se relaciona, pero es diferente, de sentirse "femenina" o "viril"; este último aspecto muy relacionado con lo que los padres esperan en cuanto a la expresión de la masculinidad y la feminidad. Incluye factores biológicos, como la presencia de pene o vagina, y aspectos psicológicos.

La identidad de género es importante pues como lo plantea Lamas, después de establecida, ésta se convierte en un tamiz por el que pasan todas sus experiencias, de tal manera que es usual que niños y niñas después de los cinco-seis años rechacen o acepten juguetes y la realización de actividades según correspondan a niños y niñas, tal como lo han aprendido de su medio cultural.

Es un componente de la sexualidad muy importante en tanto que existen personas que se describen a sí mismas como "mujeres metidas en un cuerpo de hombre " o al revés, a esta alteración de la identidad de género cuando se

presenta entre los 3 y 6 años se le denomina "alteración de la identidad de género infantil" y puede ser parte del desarrollo psicosexual; después de esta edad y si persiste hasta la edad adulta se le llama transexualismo (distinta de homosexualismo y de transvestismo); en algunos casos estas personas recurren a la cirugía para "cambiar de sexo" (Alvarez, 1990; Garciducñas, M.I. 1993).

- c) El rol de género es un concepto que proviene de la sociología y tanto Dio como Lamas coinciden en que se refiere al conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura al respecto de los comportamientos masculinos y femeninos.

En cada cultura se encuentra perfectamente definido qué se espera de la feminidad y qué se espera de la masculinidad. De aquí se forma el estereotipo, que son el conjunto de presupuestos fijados de antemano acerca de las características positivas y negativas de los comportamientos atribuidos a un determinado grupo. En este sentido tanto el rol como el estereotipo son categorías que encierran un alto grado de valoración y de juicios en sí mismos.

En nuestra sociedad el estereotipo del rol femenino promueve como características deseables una serie de conductas que son poco valoradas socialmente como la pasividad, el temor y la dependencia (Dio, 1989).

- d) Elección del objeto sexual, se refiere a la orientación o preferencia del sexo que debe poseer el compañero sexual (Dio, 1989). También se habla de elección del objeto erótico y se refiere a los niveles de atracción que poseemos para relacionarnos tanto desde el punto de vista afectivo, como desde el punto de vista erótico con las distintas personas (Barrios et al. 1993).

La categoría de género, que marca la distinción entre lo biológico y lo construido socialmente, aporta una nueva manera de plantearse viejos problemas, permite sacar del terreno biológico lo que determina la diferencia entre los sexos y colocarlo en el terreno simbólico, permite delimitar con mayor claridad y precisión cómo la diferencia se transforma en desigualdad (Lamas, 1986).

Desde una perspectiva feminista, ahora llamada también de género esta categoría ha sido útil para hacer un análisis y reflexión críticas de aspectos como la sexualidad, la maternidad y los roles sexuales (Lamas, 1989; Ehrenfeld, 1989).

También implica un reconocimiento de que existe una subjetividad femenina, y este reconocimiento favorece la inclusión de los problemas de género femenino, para feminizar las teorías y prácticas vigentes no sólo en el caso de la salud mental y la psicología, sino en todas las disciplinas y en la práctica social, para

que las mujeres dejen de sentirse excluidas por enfoques que no incluyen o hacen invisibles las causas específicas del malestar de las mujeres (Burín, 1991).

Analizar la sexualidad en el climaterio a partir de la categoría de género significa retomar y darle contenido a la crítica feminista de la sexualidad en relación al estereotipo social femenino. Esta crítica se ha enfocado en varios aspectos:

- a) En el aspecto de la sexualidad cuando rechaza la visión que presenta a las mujeres como santas o prostitutas, las unas asexuadas, sin deseos sexuales, que por lo tanto no deben experimentar placer, ni ejercer su sexualidad; y las otras, las malas, porque no se adaptan a este modelo, porque reclaman y proclaman su derecho a disfrutar de su cuerpo y de su sexualidad.
- b) En el aspecto de la maternidad, de acuerdo con ideología patriarcal, las mujeres deben tener como ideal el ser madres, lo que nuevamente restringe su expresividad sexual a la reproducción, perpetúa la asociación sexualidad=maternidad, y de hecho no permite la realización de las mujeres en otros ámbitos de la vida social.
- c) Finalmente en la crítica a los roles estereotipados y rígidos, pues tanto mujeres como hombres, son obligados a reprimir una parte de su conducta porque no se ajusta al rol de

género que les ha construido la sociedad patriarcal. Los hombres deben mostrarse rudos, valientes, y no mostrar sus sentimientos; las mujeres deben mostrar sus sentimientos y aparecer suaves, dulces y tiernas. Con lo que se consiguen seres humanos conflictuados permanentemente entre lo que desean y lo que la sociedad espera de ellos y ellas.

Una vez explicados los conceptos de climaterio, menopausia, sexualidad y género, requerimos conocer a cuántas mujeres afecta la problemática que abordamos en este trabajo.

Es útil, para los fines de esta investigación, tomar nota que en las últimas dos décadas, en México existen cada día más mujeres que se encuentran en la etapa del climaterio, que este es un fenómeno que está íntimamente relacionado con un mejoramiento de las condiciones de vida de las mujeres, que ha aumentado la esperanza de vida, aunque como señala Gómez (1991) estas condiciones de vida han empezado a revertirse a partir de los ochentas.

En el trabajo de Casamadrid (1986) se informa que en 1940 la esperanza de vida de las mujeres mexicanas era de 41.1 años. Actualmente Huerta (1992), en base a las Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2000 (SPP, INEGI, CONAPO, CELADE) plantea que la esperanza de vida para las mujeres es de 70.90 años para el quinquenio 1990-95 y de 72.10 para 1995-2000.

Casamadrid en su tesis y basándose en el X Censo Nacional de Población y Vivienda de 1980 nos informa que en la República Mexicana había 4 824 195 mujeres entre 40 y 65 años lo que corresponde al 12.5% de la población total y en el Distrito Federal la población de este rango era de 730 488 y representaba un 15.8% de la población total.

Basándonos en el XI Censo Nacional de Población y Vivienda, (INEGI) de 1990 encontramos que hay una población total de 81 249 645, de los cuales 6,360,980 son mujeres entre 40-64 años, lo que representa un 7.8% (un 15.38% de la población femenina); en el Distrito Federal de una población total de 8 235 744, existen 786 183 mujeres en el rango de 40-64 años, que representa el 9.54% (18.38% de la población femenina); y en el Estado de México de una población total de 9 815 795, hay 710 880 mujeres entre 40-64 años lo que representa un 7.24% (un 14.27% de la población femenina).

En estos datos resalta el hecho de que la población femenina ha aumentado en un 25% en términos reales, en los últimos diez años, sin embargo, ha disminuído el porcentaje de mujeres de entre 40 y 65 años lo que no hace menos importante la necesidad de abocarnos al estudio de esta etapa del ciclo de vida de las mujeres y sobre todo encontrar respuestas a sus inquietudes y malestares.

CAPITULO II

CLIMATERIO

En este capítulo describiremos los cambios más importantes que se producen en las mujeres en esta etapa del ciclo de vida, sobre los que se ha investigado de manera sistemática.

Nos interesa conocer esos cambios para aproximarnos a una visión integral de la mujer climatérica, pues reconocemos que existen amplios estudios e investigaciones médicas y psicológicas, y algunas de los aspectos culturales y sociales, pero sin esa integración. Se trata de acercarnos al conocimiento de la forma o las diversas formas en que esos cambios afectan su vida sexual, en especial nos interesa dilucidar cómo se conjugan los aspectos fisiológicos y socioculturales con el rol de género, respecto de la sexualidad de las mujeres climatéricas.

1.- CAMBIOS FISICOS Y FISIOLÓGICOS.

a) Menopausia.

Nos referimos a la cesación de la menstruación como fenómeno más distintivo del climaterio, a la fecha en que ha

ocurrido la última menstruación, cuando por causas fisiológicas una mujer ha dejado de menstruar durante más de un año (Huerta, 1992).

Esta cesación no es un fenómeno brusco, de hecho se pueden presentar los siguientes patrones menstruales:

- 1.- Supresión brusca del flujo menstrual, que es muy rara en la medida en que la disminución de la función ovárica sigue un curso lento.
- 2.- Disminución gradual, que es lo que ocurre con mayor frecuencia, tanto en cantidad del flujo menstrual como en lo que se refiere a la duración del período, el cual se va reduciendo a manchas hasta que desaparece.

La irregularidad del ciclo aparece tarde o temprano con períodos de abstención y retraso en la menstruación.

- 3.- Hemorragias uterinas transvaginales más intensas y poco frecuentes que son presentadas en una minoría de mujeres. También puede ocurrir sangrado entre períodos (Barruel e Iñiesta, 1993).

Debe distinguirse entre menopausia fisiológica o funcional que se refiere al cese espontáneo o natural como resultado del agotamiento de los folículos ováricos y

menopausia artificial que es la que se produce por cirugía, radiación, enfermedad inmunológica y agentes bacteriológicos o víricos (Danforth, D.N. 1987; Santos, G.J., Murillo V.A., Ascencio, G.D., Sauer, R. R., Chávez, A.J. 1992).

Ruíz, D.J.R. (1989) menciona que "una serie de situaciones parecerían influir en la edad de la presentación de la menopausia, aunque su relación causal permanece incierta, algunas son: diferencias étnicas, factores climatológicos, edad de la menarca, estado marital, paridad, ocupación, tabaquismo, peso y talla, estado socioeconómico, y uso de anticonceptivos" (p. 790). El autor no especifica en qué sentido es la influencia.

La intensidad de las manifestaciones está influida por factores como la edad y la brusquedad de la deprivación hormonal como factores físicos, como factores psicológicos la actitud de las mujeres ante el climaterio, la falta de información (se conoce poco acerca de este proceso y no se ha difundido lo suficiente); la forma en que la sociedad valore esta etapa, las relaciones con la pareja y con la familia, entre otros (Casamadrid, 1986; Bolaños, E.M.C., González, D.M.D., Jiménez, S.M., Rodríguez, M.O.M.I. y Vega, S.T. 1988; Gotwald y Holtz, 1991). De tal manera que no se puede hablar de que los síntomas se presentarán y los percibirán de la misma forma todas las mujeres (Monedero, 1972, citado por Englander; Ruíz, 1989).

Es importante reconocer como lo hacen Barruel e Iñiesta que la declinación en la producción hormonal de consecuencias físicas ha conducido a que especialistas definan esta etapa como enfermedad de deficiencia hormonal y no como una etapa del ciclo de vida femenino.

La mayoría de las mujeres, el 40% según Mishara y Reidel (1986) de hecho no presentan síntoma alguno, y sólo del 10-15% se sentirán tan molestas que requieran consulta médica (p. 142). Robles (1991) menciona que requieren atención médica entre el 25 y el 35% de las mujeres. Destaca en este contexto el estudio de Martin, M.C., Block, J.E., Sánchez, S.D., Arnaud, C.D. y Beyene, Y., (1993) efectuado entre mujeres mayas del medio rural y mujeres estadounidenses, en donde no encontró que las mujeres mayas se quejaron de síntomas climatéricos, como los bochornos, a pesar de que sus niveles hormonales corresponden a los de pre y pos menopáusicas, lo cual puede deberse a factores socioculturales.

b) Cambios hormonales.

El climaterio cuando causa molestias a las mujeres es atendido por médicos más que por cualquier otro especialista y es quizás esta la razón por la que encontramos gran cantidad de investigaciones en el campo de la medicina, encaminadas principalmente a buscar qué lo causa y cómo aliviar los síntomas.

Este aspecto tiene dos elementos: por un lado la mujer que busca ayuda terapéutica, que busca consuelo de parte de alguien que la cuide, la consuele y la cure, que requiere de alguien que la escuche y la acompañe (Lagarde, M. 1990). Que ha interiorizado una imagen social y médica de lo que les sucede a las mujeres durante esta etapa de su vida y que la esperan con temor y ansiedad (Schneider, S. 1992). De tal manera que a veces la sola visita al médico puede tener propiedades curativas.

Por otro lado la mayoría de los médicos que también tienen una imagen social de las mujeres climatéricas, y que formados en el modelo biomédico tienden a visualizar a las mujeres como enfermas, de tal manera que algunos autores, como señala Ruíz (1989) proclaman la ventaja de la aplicación de terapias hormonales "en forma sistemática e indefinida en todas las mujeres menopáusicas" (Ruíz, 1989 p. 789).

Baranov y coautores (1983) quienes son citados por Krymskaya (1991) fundamentaron la concepción de acuerdo a la cual el inicio del período climatérico en las mujeres está "en conexión directa con una de las etapas de la reestructuración con respecto a la edad que tiene lugar en las secciones superiores del sistema nervioso central, en el sistema hipotálamo-hipófisis-ovarios-útero" (Krymskaya, 1991 p. 43).

De esta manera el climaterio se considera como la reestructuración, condicionada por la edad, de los centros hipotalámicos que regulan la secreción de las hormonas gonadotróficas con el consiguiente trastorno de la producción cíclica de hormonas gonadotrofinas y en el ovario con el cese de la ovulación y la función reproductora (Krymskaya, 1991).

Esta reestructuración se detecta en las mujeres mucho antes del inicio de los trastornos de la función menstrual. Dilman (1983) quien es citado por Krymskaya (1991), entre otros, menciona que este proceso se manifiesta a partir de los 35-40 años y que se asocia a las perturbaciones del metabolismo de los hidrocarburos, los lípidos, las proteínas, el aumento de la masa corporal, el cambio del nivel de la presión arterial y la función del sistema cardiovascular, el trastorno de la función del tracto gastrointestinal y otros.

Este proceso se inicia en la región hipotalámica, extendiéndose a la hipófisis y los ovarios. Los datos indican que el climaterio es un proceso involutivo que se origina en los centros hipotalámicos superiores. Estamos hablando de un proceso que no es autónomo sino que está relacionado con otras estructuras del sistema nervioso a las cuales influye también.

Los cambios en la hipófisis relacionados con la edad se caracterizan por el trastorno de la secreción cíclica de las

hormonas gonadotróficas. Aumenta la secreción de HFE y disminuye la de HL. Estos cambios se inician mucho tiempo antes de la menopausia y continúan después de la extinción de la función hormonal de los ovarios.

Como consecuencia del trastorno de la función gonadotrófica cíclica de la hipófisis el ovario disminuye la producción de estrógenos, poco a poco cesa la maduración de óvulos y los folículos de los ovarios empiezan a atrofiarse, lo que suprime los cambios secretores en el endometrio que explican la suspensión de la menstruación.

Aunque la producción de estrógenos disminuye durante el climaterio no llega nunca a desaparecer por completo (Ruiz, 1989). Los ovarios, sin embargo, conservan la capacidad de secretar androstenodiona (relacionada con el deseo sexual), la cual también es producida por las glándulas suprarrenales (Krymskaya, 1991).

Puesto que el hipotálamo sirve de regulador de la función gonadotrófica y otras funciones tróficas de la hipófisis, así como de eslabón central de la integración de los procesos vegetativos, los cambios que se producen en el climaterio provocan perturbaciones metabólicas, endocrinas, vasovegetativas y tróficas.

c) Cambios a nivel óseo.

De los cambios que se producen en esta fase del ciclo de vida femenino la osteoporosis es de las más importantes por eso es llamada la "epidemia silenciosa" y se reconoce como un problema importante de salud (Gómez, 1991). Se caracteriza por una reducción del material óseo estructural, es una alteración que causa una fragilidad ósea y es un factor que predispone a la fractura (Danforth, 1987).

Los cambios a nivel óseo en las mujeres climatéricas se relacionan con el metabolismo óseo, existen diferentes tipos y etiologías que provocan la osteoporosis. Nos referiremos solamente a la relacionada con el climaterio que según Huerta (1992, p.414) se presenta como una manifestación tardía del climaterio. Amengual, M. (1990) nos informa que las mujeres son más susceptibles de padecer osteoporosis que los hombres, no sólo por la menopausia, sino porque parten con menos densidad ósea que los hombres y porque cuando hay un balance óseo negativo (la formación ósea aumenta, pero la reabsorción se incrementa aún más) la masa restante depende de dos factores: la cantidad ósea presente antes del comienzo de la pérdida y la velocidad de la misma.

Aunque la osteoporosis se debe a fenómenos muy complejos y a múltiples factores, existen diversos elementos que influyen en la génesis o bien modulan la magnitud de la desmineralización; Carranza et al. (1992) mencionan los

siguientes: raza blanca, sexo femenino, antecedente familiar, ingesta baja en calcio durante la infancia, menopausia temprana, sedentarismo, alcoholismo, ingesta elevada de sodio, tabaquismo, ingesta elevada de cafeína, dieta hiperprotéica, ingesta elevada de fosfatos y nuliparidad, en lo que coincide con Beltrán (1989).

En los hombres la pérdida promedio de masa cortical llega a 0.3% de la masa máxima del adulto siendo la pérdida de hueso trabecular más rápida; en la mujer la pérdida promedio de la masa máxima es de 1% por año tanto para el hueso cortical como para el trabecular (Carranza et al. 1992).

Este trastorno constituye un cambio metabólico que produce osteopenia (osteocitos en sangre) y después osteoporosis. Se calcula que una de cada cuatro mujeres sufrirá invalidez física y/o psicológica por esta causa, después de los 65 años de edad. En el caso de las mujeres climatéricas, aparece entre los 50 a 60 años (Ruíz, 1989). Robles (1991) nos informa que el climaterio es la causa más común de osteoporosis, que el 75% de los pacientes a quienes se les diagnostica este padecimiento son mujeres, más de la mitad de las mayores de 50 años tienen signos radiológicos de osteoporosis y solamente el 10% presentan sintomatología; dolores dorsales y deformaciones consecutivas a fracturas fáciles.

Se sabe que el hueso cortical constituye el 80% del tejido óseo y se encuentra fundamentalmente en los huesos largos, mientras que el hueso trabecular o esponjoso forma el 20% restante del esqueleto y predomina en los huesos cortos, especialmente vértebras. Cada año el organismo humano remodela el 10% del hueso cortical y el 40% del hueso trabecular; el hueso cortical alcanza su máximo contenido mineral a los 35 años y el trabecular a los 25, a partir de esas edades empieza la descalcificación, cuyo ritmo es variable según la edad.

En la tabla No. 1 se puede observar cómo la pérdida de calcio se incrementa entre 6 y 10 veces después de la menopausia. Puede decirse que a los 80 años la mujer ha perdido el 25% del hueso cortical y el 32% del hueso trabecular, lo que se relaciona con un importante aumento de la frecuencia de fracturas especialmente en vértebras, cuello del fémur, pelvis y tercio distal de cúbito y radio (Ruíz, 1989).

TABLA N° 1
PERDIDA DE HUESO SEGUN EDAD

Fuente: Tomado de Ruíz, 1989.

| | | |
|------------|---------------------------|--------------|
| CORTICAL | de 35 años a menopausia | 0.12% anual |
| | de menopausia a 65 años | 1.00% anual |
| | de 65 años en adelante | 0.18% anual |
| TRABECULAR | de 25 años a menopausia | 0.19% anual |
| | de menopausia en adelante | 1.10% anual. |

Se asume que la disminución estrogénica inhibe la acción de los osteoblastos y/o aumenta la actividad osteoclástica, con lo cual el tejido óseo libera calcio en mayor cantidad y lo fija en menor escala. En la mujer menopáusica se elevan los niveles de calcemia y aumenta la relación calcio/creatinina urinaria. Cuando esta relación es mayor de 0.16 es indicativa del incremento de la actividad osteoclástica y por tanto de riesgo de osteoporosis.

El mecanismo por el cual la falta de estrógenos determina esta alteración en el metabolismo óseo no se ha aclarado del todo; no han podido encontrarse receptores para el estrógeno en las células del tejido óseo y por otro lado es cierto que en los procesos de síntesis y resorción del hueso participan muchas otras sustancias, como son la paratohormona, la vitamina D y la calcitonina (Gómez, G.F. 1991).

Se ha podido establecer, sin embargo, una acción estimulante de los estrógenos sobre las células parafoliculares o células C de tiroides y paratiroides, las cuales estarían encargadas de secretar calcitonina, la que a su vez estimularía la acción osteoblástica en el hueso. Se piensa que la caída estrogénica impide la elaboración de calcitonina en las células parafoliculares y éste sería uno de los principales caminos que conducirían a la osteopenia y de allí a la osteoporosis.

Riggs y colaboradores concluyeron que la menopausia era uno de los factores responsables de la osteoporosis posmenopáusicas. La menopausia acelera la pérdida ósea y esta pérdida acelerada puede ser frenada por un tratamiento de estrógenos. Sin embargo, las concentraciones séricas de estrógenos, testosteronas y gonadotropinas son parecidas en las mujeres osteoporóticas y no osteoporóticas menopáusicas. Y mencionan que algún factor, además de la menopausia o de la deficiencia de estrógenos debe, por tanto, estar presente en las pacientes osteoporóticas para acelerar la pérdida ósea (citado por Danforth, 1987).

La investigación llevada a cabo por Martin et al. (1993) constata que en las mujeres mayas del medio rural existe privación de estrógenos y hay una relación entre edad y desmineralización pero no hay alta incidencia de fractura por osteoporosis, ni se reportan molestias como los bochornos.

Beltrán (1989) por otra parte apunta que el "hecho de que no todas las mujeres que llegan a la menopausia ni todos los hombres que dejan de producir testosterona sufran una pérdida anormal de masa ósea indica que el déficit de hormonas sexuales es un factor que interviene decisivamente en el desarrollo de la enfermedad, pero no el único" (p. 23).

En el estudio de Santos G.J., Murillo U.A., Ascencio G.D., Sauer R.R. y Chávez A.J. (1992), después de analizar a

745 mujeres climatéricas, se encontró que la bioquímica de remodelado óseo mostró osteoformación y osteodestrucción elevadas en la mayoría de las mujeres. La fotodensimetría demostró que el 67% de las pacientes presentaban osteopenia, por lo que existe riesgo de fractura en 180 pacientes, de ellas 67 en columna lumbar, 62 en cadera y 51 en ambos sitios.

Gómez García (1991) en su artículo " La osteoporosis posmenopáusica en México" hace un planteamiento en relación a esta enfermedad que incluye aspectos económicos en el sentido de que la pobreza, que tiende a aumentar en nuestro país a partir de la década de los ochentas y que puede afectar al 60% de la población, incrementaría el número de personas con este padecimiento, en especial de mujeres posmenopáusicas y menciona que la fractura de cadera, que ocurrió principalmente entre mujeres con fragilidad ósea, está asociada a altas tasas de mortalidad y representó el segundo lugar de egresos en 1988 en el Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas del IMSS.

Agrega en el mencionado texto que se ha estimado que en este momento la población de riesgo de osteoporosis en México es de 7.3 millones de mujeres mayores de 45 años y que para el año 2000 se espera que se incremente a 8.4 millones (p. 125).

Esta cifra nos parece exagerada en virtud de que actualmente la población femenina de 40-64 años, según el censo de 1990, es de 6 360 980, lo cual significaría que la casi totalidad de las mujeres de esta edad sufrirán esta enfermedad.

No se trata, desde luego, de restarle importancia, sino en todo caso de saber que existe la posibilidad de que esta enfermedad se presente y proponer medidas preventivas, así como usar los medicamentos que han probado su eficacia en el tratamiento de este padecimiento; de la misma forma, se debe saber que no todas las mujeres sufrirán de osteoporosis.

d) Cambios circulatorios.

La asociación entre deficiencia estrogénica y aumento de aterosclerosis parece un hecho de observación diaria. Son muchas las comunicaciones que se han hecho al respecto de la "acción protectora" de los estrógenos, el hecho de que la cardiopatía coronaria sea 5 a 8 veces menor en la mujer que en el hombre y que esta ventaja disminuya notablemente después de la menopausia es un ejemplo de esto. El estudio de Framingham (1978) citado por Ruíz, indicó que el riesgo de muerte por cardiopatía isquémica (disminución de la irrigación sanguínea) se elevó 2.4 veces en mujeres posmenopáusicas, con respecto a las premenopáusicas de la misma edad, agrega que el aumento

de este riesgo parecería ser independiente de otros factores de peligro, como la hiperlipidemia (exceso de grasa circulante en la sangre), la diabetes y la hipertensión arterial (p. 795). Otros factores de riesgo mencionados por Danforth (1987) son obesidad, tabaquismo, inactividad física y stress psíquico (p. 169).

El mecanismo que explica este fenómeno antiateromatoso de los estrógenos ha sido el de su influencia para elevar las lipoproteínas de alta densidad y disminuir las de baja intensidad. Este conocimiento se alcanzó a partir de estudiar a mujeres a quienes se les trató con estrógenos naturales y donde se encontró que el riesgo de infarto fue de 0.12 y de 0.60 en comparación de 1.0 de grupos control compuestos por mujeres que no hacían el tratamiento; hay evidencia, también, de que disminuye el riesgo de accidente cerebrovascular en un 50%, aunque se incrementa el riesgo de complicaciones tromboembólicas (Amengual, 1990; Blumel, M.J.E., Brandt, A.A., Garabagno, C.A., Cubillas, R.M., Lozano, Sch.A., 1990b).

A pesar de que se puede demostrar que los estrógenos aumentan la lipoproteína de alta densidad y disminuyen la lipoproteína de baja densidad, causando un descenso en la proporción colesterol-fosfolípidos, el significado de estos cambios en el curso de la enfermedad aterosclerótica no está determinado y quizá dependan de la etiología de un metabolismo anormal de lípidos (Danforth, 1987).

Danforth (op. cit., p. 169) informa que no hay evidencias concluyentes de que las mujeres a quienes se han extirpado los ovarios (ooforectomía) presenten predisposición a mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria; y agrega que la enfermedad vascular aterosclerótica está mas relacionada con la edad que con el descenso de los estrógenos.

En las mujeres climatéricas, existen factores de tipo social y cultural, además de los estrógenos, que pueden influir en el aumento del riesgo de aterosclerosis, especialmente en mujeres con personalidad tipo "A", es decir, activas, profesionales ejecutivas, fumadoras, con vida sedentaria, constantemente estresadas; dado que estos elementos provocan hiperlipidemia (exceso de grasa circulante en la sangre) y cardiopatías. Además de úlceras pépticas (Barrios, M.D. 1993).

e) Cambios en otros órganos.

En cuanto a la función digestiva Beltrán (1989), Englander (1993) y Robles (1991) nos mencionan que los cambios hormonales de esta época provocan una disminución del metabolismo basal de las mujeres, lo que disminuye en una tercera parte sus necesidades calóricas, y como las personas siguen ingiriendo la misma cantidad de alimentos, en algunas incluso aumenta el apetito, se produce un aumento de peso, que se suma al aumento de

peso que se da en el 50% de las mujeres posmenopáusicas, en las que se altera la acumulación de tejido graso, principalmente en caderas, abdomen, cuello y tórax. Este aumento de peso asciende a más de 2.5 kg. en cerca del 30% de los casos y a más de 5 kg en el 20% de las mujeres.

Casamadrid (1986) informa de síntomas digestivos y metabólicos como pérdida del apetito, cólicos intestinales, constipación o diarrea y trastornos gastrointestinales. Mientras Krymskaya (1991) plantea que los trastornos funcionales del intestino están relacionados, en lo fundamental, con la alteración de la motilidad intestinal lo que causa estreñimiento o diarrea, que puede presentarse en episodios alternados, que son fácilmente tratables.

También Krymskaya (1992) reporta trastornos en el hígado que pueden estar relacionados con perturbaciones del metabolismo y el surgimiento de la obesidad y cálculos biliares.

Otros órganos en los que se producen "cambios condicionados por la edad" (Krymskaya, p. 32) son los riñones y la vejiga que se traducen en micción frecuente y cierta disminución de la diuresis. En el trabajo de Carranza et al. se mencionan, además, urgencia e incontinencia urinaria de esfuerzo (1992, p. 171). Ruíz (1989) nos informa del aumento de frecuencia de las trigonitis y uretritis abacterianas, además de carúncula.

La incontinencia es un problema común en las mujeres, está causada por un relajamiento de los músculos pelvianos, lo cual permite al útero descender al interior de la cavidad vaginal, ejerciendo presión sobre la vejiga. Esto puede provocar filtración de la orina, debido a la incapacidad momentánea de controlar la vejiga, en especial al reír, toser, en la actividad sexual o realizando cualquier esfuerzo. Puede aparecer asociada con dispareunia (coito doloroso). Este problema se presenta especialmente en mujeres que han tenido muchos hijos y que han sufrido desgarros no curados durante los partos, lo que da como resultado que se relajen los músculos que sostienen el útero y la vejiga. También está relacionada con los cambios atróficos de la vejiga producto de los cambios hormonales (Butler, R.N. y Lewis, M. 1988; González, S.R. 1994).

Otra explicación de la incontinencia urinaria en mujeres posmenopáusicas la encontramos en la investigación de Versi E., Cardozo L., Brincat M., Cooper D., Montgomery J., y Studd J. (1988) en donde ellos explican que la consistencia de la piel y el contenido de colágeno declinan después de la menopausia, señalando que el colágeno depende de los estrógenos y mencionan que se ha mostrado que la presión uretral se deteriora con la edad. Ellos concluyen que el colágeno más que el tejido conectivo general influye en la generación de presión uretral y plantean la hipótesis de que el estrógeno induce aumento en el colágeno de la piel, lo que puede resultar en un mejoramiento de la función del esfínter.

f) Organos sexuales pélvicos externos.

Llamaremos órganos sexuales a los órganos que comúnmente se conocen con el nombre de genitales, para que, a la connotación de que "sirven para la generación o que se relacionan con ella"; "con la acción o el hecho de engendrar", según el Diccionario Enciclopédico Hachette Castell (1981) se incluya el otro significado en cuanto a la capacidad de proporcionar placer.

Los órganos sexuales pélvicos externos muestran cambios tróficos y estructurales importantes, "con una tendencia progresiva e irreversible hacia la atrofia" nos dice Ruíz (1989, p. 795).

La vulva se aplana, los labios se retraen y alisan, perdiéndose los límites entre los labios mayores y menores, se puede presentar rigidez en el introito vaginal. El vello pubiano se vuelve ralo y posteriormente encanece (Morokoff P.J. 1988; Lciblum S.R. 1990).

g) Organos sexuales pélvicos internos.

En cuanto a los órganos sexuales pélvicos internos encontramos que las dimensiones del útero decrecen y su peso disminuye de 120 a 25 o 30 gr. después de la

menopausia, con reducción marcada del espesor del miometrio. El endometrio pasa por distintas etapas la primera es una etapa proliferativa (mayor desarrollo del endometrio) en la premenopausia y en la posmenopausia predomina la hiperplasia (aumento de la rigidez del endometrio), que se transforma en atrofia senil después de los 60 años (Ruíz, 1989).

El cérvix disminuye de tamaño, su orificio externo tiende a ser puntiforme y la unión escamo-columnar asciende al interior del conducto cervical. Suele haber un engrosamiento de su epitelio plano a expensas de las capas más superficiales que muestran hiperqueratosis (aumento de la queratina que produce dureza); no son raras las metaplasias escamosas (Ruíz, 1989).

Los ovarios presentan "envejecimiento vascular" que comprende engrosamiento de los vasos sanguíneos a expensas del depósito de glucógeno y colágena que hace que se observe su luz disminuída (González, G.O.V., Martínez, V.N., Rodríguez, M.G., Ancer, R.J. 1992, p. 1); el tamaño de los ovarios se reduce al igual que las trompas o tubas uterinas.

La vagina presenta una disminución de su diámetro, nunca al nivel que no pueda alojar al pene, pérdida de la elasticidad de sus paredes, adelgazamiento de la mucosa, pierde su aspecto arrugado para hacerse liso, enrojecido y

proclive a las irritaciones y sangrados lo que puede provocar vaginitis y dispareunia (Ruíz, 1989).

Antes de pasar a los aspectos psicológicos del climaterio es necesario mencionar que los cambios físicos y fisiológicos mencionados en este apartado no son los que con mayor frecuencia son percibidos por las mujeres. Aún antes de que muchos de los cambios aquí descritos se presenten, ya muchas mujeres presentan los llamados "bochornos" que Ruíz (1989) los incluye en el subsíndrome vasomotor; que consisten en oleadas de calor que ascienden de la parte superior del tórax, cuello y cara, que duran escasos minutos y que producen enrojecimiento del rostro; en ocasiones se van seguidos de sudoración, palidez y sensación de frío (Robles, 1991). Este síntoma causa molestias al nivel de que Beltrán (1989) refiere que el 70% de las consultas son por este motivo, al mismo tiempo que señala que es éste el síntoma más específico de esta etapa. Ruíz (1989) señala que en nuestro medio es posible hablar de un 85% de mujeres con este síntoma.

El otro síntoma específico es la aparición de transpiración, predominantemente en las noches, que suele perlar la frente, las sienes y aún los hombros, puede ser muy molesto, interrumpir el sueño y causar insomnio. También considerado un síntoma inequívoco del climaterio (Robles, 1991).

Estas manifestaciones se extienden por un período de 2 a 8 años, aunque pueden prolongarse más tiempo. En algunas mujeres estos síntomas pueden alterar de manera muy importante su vida y sus relaciones, para la mayoría de las mujeres no serán motivo de molestias ni de visitas al médico.

Neugarten y Kraines (1965) investigaron 460 mujeres de 13 a 65 años revelando la presencia de 28 síntomas sobresalientes relacionados con dos eventos fisiológicos: la pubertad y la menopausia. Mientras que la mayoría de los síntomas de la pubertad fueron psicológicos, para la menopausia fueron somáticos. En este estudio las mujeres menopáusicas no pudieron ser diferenciadas de las no menopáusicas en el mismo grupo de edad o en la frecuencia de los síntomas psicológicos y las posmenopáusicas reportaron menos síntomas que cualquier otro grupo (Mc.Kinlay, J.B., Mc.Kinlay, S.M. y Brambilla, D. 1987). Este estudio muestra la necesidad de investigar otras variables, además de las fisiológicas, que puedan estar relacionadas con estas respuestas.

Existen otros síntomas asociados a la menopausia como palpitaciones, mareos, dolores de cabeza, dolor y/o adormecimiento de las piernas (Barlow, 1989).

Según el estudio realizado por Casamadrid (1989) entre mujeres de la clase media alta de la Ciudad de México la presencia de algunos de los síntomas en esta etapa del

desarrollo de la mujer tienen relación con la actitud hacia el climaterio.

En la misma investigación se encontraron los siguientes síntomas en orden de frecuencia: dolores en músculos, huesos y articulaciones, piel seca, cansancio, irritabilidad, depresión, bochornos, trastornos gastrointestinales, insomnio, aumento de peso, dolor de cabeza o migraña, adormecimiento de las extremidades, sudores, labilidad emocional, sentimientos de minusvalía y calambres (p. 8).

En el estudio de Mazure, Sorrel y Glazer (1988), citado por Leiblum (1990), realizado con 117 mujeres posmenopáusicas, el 63% reportó síntomas vasomotores, 60% trastornos del sueño, 29% problemas de equilibrio, 24% experimentó entumecimiento y 51% dificultades sensoriales; otros hallazgos de este estudio son: 58% reportaron que sentían debilidad, 53% problemas de memoria, 48% problemas psicológicos y 53% informó de molestias en la piel y dolores de articulaciones. En este mismo trabajo se señala que existen mujeres que no experimentan molestias somáticas o vasomotoras en esta etapa y que no es posible predecir cómo será la experiencia menopáusica de cada mujer. Además se afirma que el estado de salud durante toda la vida tiene repercusiones en este proceso (Leiblum y Bachmann, 1987, citado por Leiblum, 1990).

Destacamos también la investigación realizada entre mujeres mayas del medio rural por Martin et al. (1993) quienes concluyen, después de un análisis de los niveles hormonales de estas mujeres pre y posmenopáusicas, que a pesar de que presentan el mismo perfil hormonal de mujeres de Estados Unidos, las mujeres mayas no presentan síntomas como los bochornos. Una de sus conclusiones es que la ausencia de síntomas durante la transición menopáusica no debe atribuirse a diferencias endocrinológicas. Este es un aspecto que debe ser considerado, pues este no es el único reporte que informa de que las mujeres no reportan molestias. Y en todo caso debe hacerse mayor investigación, para encontrar los factores, entre otros los culturales, de alimentación, del medio ambiente, que pueden estar involucrados en la presencia o ausencia de síntomas.

Greene y Cooke (1980) citados por Barruel e Iñiesta (1993) sostienen que hay un estrés psicosocial, llamado "estrés de vida", que tiene el efecto de exaltar los síntomas menopáusicos, y que se relaciona con eventos en la vida de las mujeres, más que con los eventos biológicos de la menopausia.

Como vemos los síntomas más frecuentemente experimentados por las mujeres, no dependen exclusivamente de lo físico, y esto tiene que ver con la realización de investigaciones con otros enfoques y con la necesidad de tener una visión integral de este fenómeno

para estar en mejores condiciones de comprenderlo y mejorar la atención a las demandas de las mujeres.

Para los fines de este trabajo, reconocemos que lo fisiológico es una parte importante de los cambios que afectan a la mujer climatérica, y que debemos valorarlos, pues a ellos se suman los aspectos psicológicos y socioculturales como el género, que en un momento dado deben verse como unidad, pues ante la necesidad de atender las molestias de las mujeres no se pueden separar y tratar de resolver sólo uno u otro de ellos.

Respecto a los cambios descritos en este apartado, debemos decir que existen dos formas de definirlos y por lo tanto un debate, que ha tenido poca publicidad en nuestro país, aunque no es nuevo. En parte porque el climaterio recién empieza a investigarse.

Una postura es la de quienes, desde un enfoque biomédico, plantean que estos cambios climatéricos constituyen un síndrome, una enfermedad de carencia de estrógenos, que debe ser tratado mediante una terapia, la estrogénica; en esta postura se incluyen también quienes la definen como una etapa del proceso de envejecimiento y hacen una distinción entre el climaterio normal y el climaterio patológico. Estas posturas ponen el acento en los cambios relacionados a aspectos fisiológicos.

Y por otro lado, quienes critican esta postura y plantean que el climaterio es un proceso normal de la vida de las mujeres, no una enfermedad que debe ser tratada, que por lo tanto las mujeres no deben ser medicalizadas, que esta visión de la menopausia como enfermedad oculta el hecho de que es un proceso psicológico, fisiológico, emocional y cultural. Por consiguiente no se debe, a través de terapias hormonales, alterar ese proceso, pues no todas las mujeres presentan riesgo de osteoporosis o enfermedades cardiovasculares que justifiquen esa terapia que provoca yatrogenias, además de que las mujeres en muchas ocasiones no cuentan con la información que las ponga en condición de ser ellas las que toman la decisión sobre ese tratamiento (Krymskaya, 1991; Mishara y Riedel, 1986; Voda, A.M., 1992; Lewis J., 1993).

Este es un debate muy importante, pues se hace una crítica a la forma en la que la mayoría de las mujeres se relacionan con los médicos, en donde a partir del saber, del conocimiento, se ejerce un poder sobre las mujeres que afecta su cuerpo y su salud y donde las mujeres pierden la capacidad de decisión. También porque significa una nueva forma de apreciar el climaterio, como un proceso que aunque implica cambios, no necesariamente significa que las mujeres se enfermarán y que deba aplicarse alguna terapia; sino más bien promover el que las mujeres tengan información, que se autoconozcan y decidan cuando y qué tipo de ayuda y/o terapia requieren, haciéndose responsables de sí mismas y de su salud.

Por otro lado significa adoptar una postura que permite que se reconozca que las mujeres, desde diferentes condiciones físicas, psicológicas, socioculturales y de género, reconozcan como válidas sus molestias y exijan ese reconocimiento de los demás.

2.- CAMBIOS PSICOLOGICOS Y EMOCIONALES.

La depresión es uno de los trastornos que más frecuentemente se asocian al período climatérico y en especial a la menopausia.

"La depresión es un malestar que afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; afecta la forma en que una come y duerme, el deseo sexual, la opinión de una misma y el concepto de la vida en general" (Dio, B.E. 1992).

Las depresiones varían desde estados de duelo normal por la muerte de un ser querido hasta los trastornos más severos en los que surgen ideas delirantes de desvalorización, de ruina, de enfermedades imaginarias o de culpa por presuntos perjuicios cometidos en contra de los demás (op. cit.).

Si los síntomas interfieren seriamente en la habilidad para trabajar, dormir, comer o disfrutar actividades que anteriormente fueron agradables -distracciones, sexo, vida

social- se trata de una depresión mayor, con síntomas incapacitantes (op. cit).

Por otro lado existe otro tipo de depresión que comprende una serie de síntomas de larga duración, crónicos, que no inhabilitan pero que impiden vivir con el máximo de energía, o entorpecen la posibilidad de sentirse bien: irritabilidad, mal humor, dolores o malestares físicos diversos, trastornos del sueño, apatía. En ocasiones, las personas que sufren de esta forma de depresión encubierta, pueden experimentar episodios de depresión mayor (op.cit.).

Aunque no en todas las personas se presenta de la misma forma, mencionaremos algunos síntomas:

- 1.- Estado de ánimo persistentemente triste, ansioso o vacío.
- 2.- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- 3.- Sentimientos de culpa, inutilidad e incapacidad.
- 4.- Pérdida del interés o de placer en pasatiempos y actividades que anteriormente se disfrutaban.
- 5.- Insomnio e hiperinsomnio.
- 6.- Disminución de energía, fatiga, inhibición psicomotriz.
- 7.- Inquietud, irritabilidad.
- 8.- Dificultades para tomar decisiones, de concentración, trastornos de memoria.
- 9.- Ideas e intentos de suicidio (op. cit.).

Algunas formas encubiertas de depresión pueden dar lugar a una sintomatología tan variada como el comer o

beber compulsivo, problemas en la vida de pareja (relacionados con la sexualidad además de irritación y desánimo), problemas en las relaciones interpersonales y síntomas físicos (op. cit.).

Existen, sin embargo, dos hipótesis al respecto de las causas de las depresiones en esta etapa. Los que atribuyen la depresión a causas biológicas, como la deficiencia estrogénica, propia del climaterio, y quienes, más recientemente, se han orientado a buscar una explicación en los factores psicosociales (que incluyen el rol de género) o en circunstancias sociales. En este debate están involucrados médicos, psicólogos y antropólogos.

Se han presentado datos a nivel mundial que refieren la existencia de dos mujeres depresivas por cada hombre, lo que de hecho explica la preocupación por dilucidar las causas de este fenómeno. En cuanto a la depresión en la mujer climatérica, el paralelismo biológico ha sido la primera explicación que se ha propuesto; supuestamente, la mayor frecuencia de los trastornos psicológicos y en especial depresivos en las mujeres se explicaría por razones de naturaleza biológica. De esta manera la deficiencia estrogénica sería la causa de los trastornos depresivos.

Este enfoque de la depresión ha sido puesto en práctica, sobre todo por médicos y psiquiatras, que haciendo abstracción de los aspectos sociales y culturales, tratan a las mujeres con terapias estrogénicas. No podemos decir que es

una terapia inadecuada para todos los casos, para algunas mujeres es, incluso, indispensable; pues como lo plantean algunos investigadores existe un "efecto de cascada", que hace que a partir de que ciertos síntomas del climaterio se reducen (como los bochornos, los sudores que causan insomnio y la atrofia vaginal); mejora el estado general de las mujeres. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las depresiones en esta etapa, como veremos más adelante, no sólo están relacionadas con aspectos fisiológicos, sino también con aspectos psicológicos y socioculturales, como el género.

Por otro lado, dentro de la corriente que postula la existencia de factores psicosociales como causantes de la depresión en mujeres de la mediana edad, en fechas recientes se ha empezado a analizar la forma en que los roles de madre, esposa y ama de casa, así como la maternalización de otros roles que desempeñan las mujeres fuera de la familia, las hacen proclives a la depresión (Dio, B.E. 1992; Burín, M. 1991).

Los factores que participan en este proceso son varios. Se mencionan antecedentes biográficos significativos que se consideran asociados a la depresión como la muerte de la madre en la infancia, condiciones de aislamiento social (migración, exilio, cambio de residencia); más de dos o tres hijos pequeños a su cargo y carencias de una red de apoyo (Dio, 1992).

Los cambios que se producen en este período en cuanto al rol materno, y que coinciden con el climaterio, relacionados con los hijos, son otro factor.

En efecto, los hijos han crecido, demandan mayor autonomía y requieren menos atención y cuidados que en años anteriores, algunos hijos e hijas incluso los rechazan. Ya no es necesario estar disponibles cuando los hijos lo requieren; no es necesario ser comprensiva y saber qué quieren aunque no lo expresen, (en realidad, adivinarles el pensamiento); ya no se requiere ser cuidadora; responder de manera adecuada al servicio solicitado; y menos ser cariñosa y tener que sentir ganas y placer en ser solicitada y brindar cuidados (Dio, 1992). Esta parte del rol, provoca gran tensión en la medida en que se debe estar atenta a los requerimientos de los demás; pero también a los sentimientos y emociones propios y ajenos, especialmente aquellos ligados al dolor, la angustia, el sufrimiento, la frustración y la insatisfacción (Burín, 1991).

Otro aspecto del rol que debe ser considerado es el que se relaciona con el hecho de que las mujeres son preparadas para vivir desempeñando un solo rol: el de madre; situación que está enmarcada en el aislamiento de la vida social, convertida en ama de casa que "no trabaja", en el mismo espacio y realizando tareas rutinarias, aislada del resto de la familia y del entorno social. Un efecto es que las fuentes de reconocimiento y de mantenimiento de la autoestima se reducen y cualquier problema con el desempeño de sus tareas será vivido como un fracaso o una

catástrofe. Lo que explica que existan datos como los de González D.E. (1989) citado por Dio (1992) en donde se considera a las amas de casa entre treinta y cincuenta años, con más de tres hijos y si es de clase social baja, esto aumenta, como un grupo de alto riesgo para la aparición de algún tipo de enfermedad depresiva.

También Dio aporta datos de un estudio en el que se investigaron algunos aspectos relacionados con el rol femenino como intimidad, cuidado de niños, habilidades culinarias y manejo y arreglo del hogar y donde se mostró que los mínimos desacuerdos conyugales respecto al desempeño de estas tareas, así como las críticas, afectan la eficacia de las mujeres, su autoestima y predisponen a la depresión.

El hecho de que los hijos abandonen el hogar es otro cambio que produce crisis en este rol de madre. Algunas mujeres, después de haberse dedicado una buena parte de su vida al cuidado casi exclusivo de los hijos, pueden sentirse engañadas porque nadie les dijo que esa situación iba a terminarse, y ahora deberán buscar otra actividad a la cual dedicarse, cuando ya han perdido oportunidades laborales, capacidades profesionales y cuando no es fácil, aún con preparación, conseguir un empleo cuando se tienen más de cuarenta años.

Debemos agregar, siguiendo a Ballinger (1979) citado por Mc. Kinlay et al. (1987) y a Leiblum (1990) que, sin

embargo, hay mujeres que en este momento están en condiciones de visualizar una nueva situación. Ellas pueden y de hecho lo hacen, encontrar ventajas en esta situación, tales como el hecho de tener la oportunidad de realizar actividades y aspiraciones por mucho tiempo aplazadas, algunos cambios en su relación de pareja, un cambio en el estilo de vida, antes orientada hacia la familia y ahora orientada hacia actividades fuera de la casa que reportan nuevas satisfacciones, para algunas incluso será satisfactorio convertirse en abuelas.

A estos aspectos hay que agregar que las mujeres maternalizan los roles fuera del ámbito familiar. No sólo que se las ubica en empleos que son una extensión del rol materno como secretarias, enfermeras o maestras, sino también en lo que se refiere a que tienden a hacerse cargo de los problemas de otras personas en el vecindario o en el trabajo, para las cuales realizarán tareas de apoyo y solidaridad, que emplean su energía y aumentan sus tensiones.

En el ámbito familiar, se conjugan en este período, el que padres y parientes, de ambos miembros de la pareja, puedan estar en una situación de incapacidad por enfermedad y/o vejez, que obliga a que la mujer tenga que hacerse cargo de ellos. Y aunque no vivan en la misma casa, la responsabilidad de los cuidados, alimentación y visitas al médico, será de la mujer (Mc.Kinlay et al. 1987).

Durante el climaterio, el riesgo para las mujeres, de que se mueran los padres, los hijos cambien de casa, el esposo muera, se divorcie y/o sea abandonada, la ubican en una situación de vulnerabilidad a las pérdidas. Que es un factor que explica los sentimientos de tristeza, de desganó y la irritabilidad, que son frecuentes. Además, las mujeres han dependido de estas relaciones familiares como fuente de afecto, autoestima y gratificación. Y cuando alguna de esas personas desaparece deja una sensación de vacío; aún para aquellas que han continuado trabajando asalariadamente, pues su proyecto de vida ha estado más en la familia y la pareja que en un proyecto profesional. Esta situación que expresa falta de autonomía y de confianza en sí misma es un elemento que vulnera la salud mental de las mujeres.

Existe creciente evidencia sobre el papel que desempeñan los problemas de pareja y las fallas en la intimidad como causas de depresión en las mujeres de la mediana edad.

La falta de intimidad y de comunicación con la pareja y el poco compromiso afectivo de los hombres, provoca en las mujeres la vivencia de que existe un alejamiento de la pareja y una constante insatisfacción, que puede producir deterioro de la relación. Estos son factores que pueden asociarse a rupturas amorosas, a divorcio y abandono, que según investigaciones de Bennett y Gotlib (1988) citado por Dio (1992), además de la soledad y problemas familiares son reconocidas como causas de depresión.

Las mujeres climatéricas, enfrentan un riesgo, relativamente alto, de enviudar, de que sus maridos experimenten una enfermedad que los debilite (diabetes, enfermedad coronaria); estar en la crisis de la mediana edad, ser sujetos de desempleo o jubilación, y cambios en su respuesta sexual, lo que constituye una fuente de preocupación y de depresión (Mc.Kinlay, et al. 1987; Huerta, 1992).

Burín (1991) apunta que las mujeres casadas tienen una situación de dependencia, por lo cual tiene que hacer más concesiones para conservar esa situación, pues las mujeres se ajustan a las demandas del matrimonio, cualquiera que sea el costo, lo que se vive, casi siempre con contradicciones.

Las investigaciones más recientes aportan datos al respecto de que la depresión en mujeres climatéricas no aumenta, más bien tiende a decrecer a partir de los 40-45 años, en países como Suecia, Estados Unidos, Inglaterra, y Costa Rica (Hagnell, 1966; Kupinski y Stoller, 1977, Myers, Lindenthal y Peper, 1975; Weissman, 1975 citados por Mc.Kinlay et al. y Brenes, M.M., Castro P.S., y Pinto, L.R. 1990).

Therese Benedek, quien es citada por Langer (1990), sostiene que la mujer adulta, que logró una maternidad bien realizada y una gratificación sexual adecuada, llega al

climaterio sin experimentar trastornos psicológicos o físicos, que le impidan disfrutar de relaciones afectivas con su compañero y sus hijos. Pues tendrá a su disposición ahora energías que le facilitan una nueva vinculación con su ambiente social.

Podríamos plantear, con Dio (1992), que depresión de la menopausia era, hasta hace algunos años, un diagnóstico usual. Pero en la actualidad esta categoría ha sido cuestionada porque no existen datos que prueben que existen más mujeres depresivas en la menopausia, más bien se muestra una disminución; cuando la depresión se desencadena en la menopausia, los motivos precipitantes y la mayor o menor severidad de los síntomas no se apartan de los que caracterizan a otras formas de depresión, no existen peculiaridades clínicas que permitan distinguirla de otras depresiones que se presentan en otras etapas de la vida, por lo que los factores biológicos como únicos causantes de las depresiones es una visión que empieza a cuestionarse, para enfocar las investigaciones al respecto de los factores psicosociales.

Podemos afirmar que cada vez se hace más necesario no hacer diagnósticos sobre la depresión en las mujeres de la mediana edad relacionados con factores solamente hormonales, una visión más integral de la depresión deberá contemplar este aspecto, pero ahora relacionado con los aspectos psicológicos derivados de la situación social de las mujeres, es decir, de su condición genérica. Y reconocer que

no pueden seguirse explicando estas depresiones a partir de un solo factor, sea el hormonal, el psicológico o el sociocultural.

3.- ASPECTOS SOCIOCULTURALES.

El climaterio y la menopausia son procesos en la vida de las mujeres que se presentan bajo condiciones sociales, culturales y aún históricas muy específicas. En la sociedad occidental una explicación del ahora relativo silencio y muchos temores alrededor de la menopausia se debe al temor al envejecimiento, existe de hecho una especie de ancianismo, en el sentido de discriminación hacia los viejos, en tanto no responden al ideal social de individuo productivo y activo.

Therese Benedek (citada por Burín, 1987) basándose en datos antropológicos nos informa que existen algunos pueblos para los cuales el climaterio no era un período traumático, ni tampoco involucraba una restricción de la vida sexual. Entre los Mohawe, Devereux (citado por Langer, 1990) no pudo registrar datos que indicaran que el climaterio fuera un período traumático y deprimente, su vida sexual puede enriquecerse con nuevos matrimonios, el hombre joven y con hijos la busca a menudo por su experiencia y la capacidad de cuidar de él y de educar a sus hijos; es posible también que los nietos queden a su cuidado, puede ocupar un lugar importante en la organización, a

partir de que se ha convertido en una mujer mayor, aunque "no pueda tener una actuación oficial y bien circunscripta" (p. 228).

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

Las indias de la casta rajputas no se quejan de depresión ni de síntomas psicológicos debidos a la menopausia porque quedan liberadas de la invisibilidad que supone el velo y por fin están en condiciones de reunirse con los hombres y bromear. Además en algunas sociedades tradicionales como la iraní, las mujeres sólo existen cuando tienen hijos adultos, es cuando son visitadas para llevarles noticias y flores.

En el Sexto Congreso Internacional sobre Menopausia, celebrado en Bangkok a finales de 1990, se informó, en base a un estudio de mujeres de Hong Kong, Malasia, Filipinas, Corea del Sur, Taiwan, Indonesia y Singapur, que las mujeres aún cuando entran a la menopausia un poco después de los 51 años, muy parecido a

las occidentales, sin embargo, presentan menos síntomas y menos severos que las menopáusicas occidentales.

En China, donde existe una actitud de reconocimiento y veneración hacia la ancianidad, casi nunca se mencionan síntomas menopáusicos, la antropóloga Margaret Lock estudió a mil japonesas y observó que el 65% considera la menopausia un acontecimiento sin incidentes. El idioma japonés no tiene una palabra para referirse a los sofocos, aunque la misma antropóloga agrega que esto puede deberse a la diferencia en la dieta y el enérgico ejercicio físico que incluso abarca a las ancianas. Su sangre presenta altos niveles de soya (fuente de estrógenos) y de calcio debido a una alimentación dominada por el pescado. Como la mayoría no dispone sino de una pequeña cocina, deben ir al mercado todos los días y trasladarse caminando o en bicicleta con bolsas llenas lo que las hace practicar más ejercicio, que por ejemplo, las mujeres de clase media occidentales, esto resulta favorable ya que en esta etapa presentan menos enfermedades cardíacas, osteoporosis y cáncer de mama (Burín, 1987).

Lagarde (1990) plantea que la menopausia se caracteriza por la vivencia de malestares físicos, emocionales e intelectuales. Algunos de ellos ocurren porque concluyen hechos que, en la cultura dominante, en particular en la ideología patriarcal de la feminidad definen esencialmente a la mujer. Se constituye en un problema de identidad genérica, porque es síntesis de la terminación de

las posibilidades de embarazo -cuerpo para otros- y en el mundo de la naturaleza femenina, también de las posibilidades de maternidad. Se vive como una experiencia íntima de pérdida genérica y a causa de la asociación entre erotismo y procreación en la sexualidad femenina, significa para muchas el término de sus experiencias eróticas como mujer eros-para-otros. La menopausia, agrega, es un hecho político que contribuye a desvalorizar personalmente a las mujeres ya de por sí devaluadas como género. Esta devaluación se produce en la medida en que son mujeres y en cuanto a que no tienen ya las cualidades consideradas esencia de la feminidad.

En un estudio sobre el significado cultural y las manifestaciones fisiológicas de la menopausia, realizado por Beyene Y. (1987), entre mujeres mayas de México del medio rural y mujeres griegas de un medio montañoso, encontró que la percepción y la experiencia acerca de la menopausia varía culturalmente, señalando que la ausencia de síntomas fisiológicos como los bochornos, en algunas culturas requiere de más explicaciones que los factores sociales y culturales solos. Señala que la menopausia es un evento del desarrollo, como otros más, y por lo tanto se deben considerar factores bioculturales como el medio ambiente, la dieta, la fertilidad de los padres y diferencias genéticas, que pueden estar involucrados en las variaciones de la experiencia menopáusica. Concluye que algunos factores como el ganar estatus y el remover tabues son explicaciones inadecuadas para explicar las variaciones en las experiencias

menopáusicas de las mujeres y que sin embargo el estudio de los factores bioculturales ya mencionados, puede contribuir a explicar cómo afectan la producción y el equilibrio hormonal del cuerpo de las mujeres.

Lock M. (1986) cita las investigaciones llevadas a cabo por Kaufert (1980), Raufert y Syrotuik (1981) y Mc. Kinlay y Mc. Kinlay (1985), en los cuales se encontró que una vasta mayoría de mujeres de la mediana edad no expresaban pesar al alcanzar la menopausia, no presentaban empobrecimiento de su estado de salud y no hay evidencia de aumento en el uso de servicios médicos.

A menudo también se asume que un alto estatus y una buena autoestima servirá como amortiguador contra los potenciales síntomas de la menopausia; es bastante frecuente pensar que las mujeres de las sociedades "no occidentales" o "primitivas" no sufren los problemas menopáusicos porque experimentan aumento en el estatus y el fin de su vida reproductiva. Pero cuando los datos de estatus, roles y autoestima son examinados comparativamente, parece que hay considerable variación y mientras en algunas sociedades el estatus de las mujeres de la mediana edad ciertamente mejora (Middleton, 1966) en otras declina (La Fontaine, 1960).

Lock M. (1986) escribe que el significado de la menopausia es sujeto de un amplio grado de interpretación y no significa siempre coincidencia con la norma que es esperada en cualquier sociedad. Además aunque

expectativas del suceso son formadas por el estereotipo cultural, la experiencia actual no necesariamente se ajusta a esas expectativas y en ocasiones el suceso y el estereotipo pueden no coincidir.

Marie Langer (1990), en relación al encuadre histórico, señala que antes se consideraba "vieja" a una mujer de 40 años y se esperaba que "renunciara a mucho, para llevar una vida digna y resignada"; y agrega que Freud, decenios antes aconsejaba no aceptar en tratamiento psicoanalítico a una mujer de esta edad en la medida en que era "poco elástica psicológicamente" (p.225).

Como hemos visto el climaterio y más específicamente la menopausia es un proceso que se produce en el cuerpo de las mujeres, pero que está siendo interpretado por ellas a partir de variables culturales y filtrada por experiencias, expectativas y actitudes del medio social y cultural en el que se desarrolla. Aunque sea un proceso que se desarrolla en el cuerpo femenino, la fisiología y el funcionamiento del cuerpo no determinan la configuración o el significado de éste de una manera directa y simple, si esto fuera así, se podría esperar una gran uniformidad, esto mismo ocurre con otros aspectos del comportamiento humano como la sexualidad.

Y en relación a las mujeres, existe un aspecto, el rol o papel que se asigna a las mujeres que es uno de los elementos socioculturales relacionado con la menopausia y

el climaterio que a lo largo de este trabajo se ha mencionado en su relación con la depresión, pero sobre el cual cabe hacer una explicación más detallada.

Las diferencias observables en el comportamiento de hombres y mujeres se reconoce, en la actualidad, que son fundamentalmente producto de factores sociales y culturales. Concretamente a un proceso de socialización diferente que construye hombres y mujeres a partir de una asignación en el momento del nacimiento.

A esta diferenciación se agrega una desigual posición de poder del colectivo masculino y del colectivo femenino, es decir, las diferencias no se deben sólo a la propuesta social de diferentes sino también a la vivencia de ser desiguales (Marqués J.V. y Osborne R. 1991).

Existen diversas teorías acerca del origen de esta desigualdad (biologicistas, sociologicistas, economicistas); a las que no no referiremos, pero si explicaremos que en las sociedades patriarcales -estructuras familiares y sociales basadas en la supremacía del hombre sobre la mujer-, que son la mayoría en el mundo, existen una serie de características que se atribuyen a los hombres y otras a las mujeres a partir de una ideología patriarcal que justifica la desigualdad y tiende a darle un alto valor a los atributos masculinos y a desvalorizar las características femeninas. De tal manera que en estas sociedades los hombres deben aprender a mostrarse activos, agresivos, desenvueltos,

fuertes, valientes, firmes, inteligentes, indoblegables; y las mujeres deben mostrarse pasivas, delicadas, dóciles, obedientes, ingenuas, emotivas, débiles e introvertidas. Una vez que las mujeres adoptamos esas características la lógica patriarcal lleva a que se considere inferiores a las mujeres.

La división sexual del trabajo es el complemento de estos estereotipos masculinos y femeninos, que en nuestra época se concretan en la asignación de tareas diferenciadas para hombres y mujeres; las mujeres deben encargarse de las tareas domésticas y de la reproducción de los seres humanos (el ámbito privado); y los hombres de salir a trabajar asalariadamente para sostener a la familia y participar en actividades sociales y políticas (el ámbito público). Y para que las mujeres se adapten a estas tareas es necesario convencerlas mediante unas ideas que lo justifiquen. Por lo cual se santifica la maternidad, se refuerza socialmente y se valora más a quienes han sido madres que a las que no lo son y se invisibiliza el deseo sexual femenino, convirtiéndolas en seres asexuados, que aceptan una sexualidad sin placer, cuyo único fin en la vida es traer hijos al mundo y satisfacer las necesidades de los demás.

Las mujeres no pueden a partir de esta caracterización mostrar otra conducta que no sea la previamente asignada y no hay sino dos modelos para las mujeres: madre o prostituta. Negando a las mujeres el acceso a otras actividades fuera del ámbito doméstico y

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

satanizando y ejerciendo diversos tipos de violencia contra quienes se atreven a romper con el modelo, ya sea mostrando sus deseos, incluidos los sexuales, y no ajustándose al rol de esposa y madre.

Así se crean los roles sexuales rígidos en donde la mujer debe prepararse y de hecho se le prepara social y culturalmente para convertirse en esposa, madre y ama de casa; situación que no corresponde a sus necesidades, sino a las de un sistema social opresivo, el patriarcal -sistema social y familiar en donde predomina el hombre-; y que son la fuente de la inconformidad e insatisfacción de las mujeres.

Esta insatisfacción también está relacionada con una imagen idealizada que se presenta del matrimonio, de la familia, de la vida en pareja, que no contempla las múltiples contradicciones y problemas a los que se enfrentan estas instituciones sociales, como ya hemos señalado en páginas anteriores.

La vivencia del "papel de la mujer" se refleja en un estudio realizado entre jóvenes madres del sur de la ciudad de México, de recursos económicos modestos, que han dejado de estudiar y que son atendidas en instituciones públicas que reconocen que las mujeres deben dedicarse a "la atención de la casa, cocinar, el cuidado de la ropa y la atención y el cuidado de los hijos"; "no está bien que las

mujeres solas, viudas y divorciadas tengan relaciones sexuales" (Ehrenfeld, 1989 p. 393).

En este estudio resalta el hecho de que las mujeres se dan bien cuenta de las ventajas, de las claras asimetrías sociales entre hombres y mujeres y no parecen percatarse en su discurso de este hecho (op.cit.).

El placer sexual en las relaciones entre estas jóvenes es un elemento que en la mayoría está ausente, y quienes lo conocen, tienen un discurso más parco y no le dan la misma importancia que al hecho de ser madres. Parece que en muchas de estas jóvenes su identidad como persona se construye a partir de ser madres; y así adquieren un lugar en su medio y en la sociedad. Si esto ocurre en mujeres jóvenes podemos imaginar el significado que puede tener en mujeres maduras.

Este modelo femenino es lo que entra en crisis durante el climaterio en las sociedades occidentales. Pues al plantear como destino para las mujeres el de ser madres, el estar al cuidado de los demás, y en las últimas décadas, responder a un modelo de belleza femenino que no siempre se ajusta a nuestra cultura; las mujeres viven como una pérdida este cambio de vida, que incluye pérdida de la capacidad reproductiva y de una serie de relaciones significativas condicionadas por el rol materno, que como hemos visto, no se vive así en todas las culturas. Y en donde además se encuentran dos maneras de reaccionar ante este evento: las que se preguntan ¿que pasó?, ¿para qué tanto

trabajo?, ¿y ahora qué? y las que empiezan a aprovechar ciertas libertades que tendrán a partir de que no serán más esclavas de la maternidad y del cuidado de los hijos y de la casa.

Se ha documentado en algunos textos la presencia de otros cambios en el aspecto psicológico, tales como labilidad emocional que no se han investigado como entidades específicas; creemos que se pueden incluir como síntomas de la depresión.

Como hemos observado a lo largo de este capítulo, los cambios que se producen en las mujeres, en su cuerpo, en las relaciones familiares y de pareja relacionadas con su rol de género, y en las actitudes de la sociedad hacia el climaterio van a producir una vivencia del climaterio y de la menopausia que puede tener similitudes pero también ser diferente para cada mujer, y que aunque no sean concientes tendrá un efecto en la expresividad sexual.

En el siguiente capítulo examinaremos los cambios específicos de la respuesta sexual en el proceso climatérico.

CAPITULO III

RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

La mayor parte de los textos actuales sobre la Respuesta Sexual Humana (RSH) se basan en los estudios llevados a cabo por William Masters y Virginia Johnson que durante diez años investigaron en diez mil secuencias de actividad sexual a 382 mujeres y 312 hombres (de diferentes edades, heterosexuales y homosexuales, casadas y solteras de diferentes niveles educativos) que fueron publicados en 1966 en un libro que se llama LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA.

Los mismos autores después con Robert C. Kolodny (1987) y autoras como Helen Kaplan (1979), distinguida psicoterapeuta, han elaborado un esquema de la RSH que Gotwald y Holtz (1992) presentan dividido en cinco etapas: fase de deseo, fase de excitación, fase de meseta, fase de orgasmo y fase de resolución. Aunque no se puede decir que estén claramente diferenciadas, pues en cada sujeto presentan grandes variaciones.

Antes de pasar a describirlas es útil señalar que aunque existe este esquema o modelo de la RSH no se puede esperar que todos los seres humanos respondan uniformemente, ni

que la experiencia sea la misma, cada ser humano de acuerdo a sus características personales, a su historia, a sus expectativas, a su religión, y a su género experimentará su sexualidad de una manera muy subjetiva y personal. Además es posible que la sexualidad cambie con el tiempo y que pueda no ser igual con la misma pareja y en diferentes condiciones y circunstancias. Entonces lo que se presenta es el resultado de una serie de investigaciones que abarcan el campo de la sexualidad y la terapia sexual, pero no puede tomarse como un planteamiento rígido con el cual sus propios autores no estarían de acuerdo (Masters y Johnson, 1987; Gotwald y Holtz, 1992).

Por los fines de este trabajo sólo trataremos la RSH de las mujeres, en lo que respecta a las mujeres jóvenes y después presentaremos los cambios que se producen a partir de los cuarenta años.

Existen factores endógenos y exógenos que desencadenan la RSH. En especial se habla del Estímulo Sexual Efectivo o Eficaz (ESE), que es aquél capaz de desencadenar la respuesta sexual. Las respuestas a un ESE "tienen por objeto poner al sujeto en condiciones biológicas y psicológicas óptimas" para ejercitar su sexualidad (Alvarez, 1992 p.19).

Los ESE pueden ser de tipo visual, olfatorio, auditivo, gustativo y táctil, o bien producto de la fantasía, del recuerdo y de la imaginación de la persona. Los ESE, por

tanto, no son universales, de hecho dependen de las condiciones y características específicas del sujeto, por ejemplo a las mujeres no se les educa para responder sexualmente, lo que provoca que presenten mayores dificultades para excitarse y responder sexualmente, en general cada cultura crea los modelos en cuanto a características personales y las condiciones que deberán ser atractivas y sexualmente excitantes, sobre la base de los cuales se responde sexualmente.

Se pueden distinguir, durante la RSH, dos reacciones fisiológicas básicas: la predominantemente vasocongestiva producto del aumento de volumen de la sangre en los tejidos de la zona pélvica y en las pechos y la predominantemente mioclónica que consiste en el aumento del tono muscular y el movimiento que se produce en todo el cuerpo.

FASE DE DESEO.

"El cerebro tal vez sea la parte más sensual de nuestro cuerpo" (Gotwald y Holtz, 1992 p. 288). "El órgano sexual más importante de nuestro cuerpo es el cerebro y el más extenso es la piel" (Barrios et al. 1993 p. 1).

Habiendo factores endógenos y exógenos que desencadenan la RSH, es necesario además que exista DESEO, el deseo tiene tres componentes: lo que llamaríamos el componente psicológico (imaginación,

pensamientos, emociones); el componente biológico (los centros superiores de la corteza cerebral y los procesos bioquímicos); y el componente sociocultural (modelos sociales, expectativas introyectadas, normas y valores). Cuando estos procesos no se presentan y no aparece el deseo no tendrá lugar la experiencia sexual (Castuera, 1993b).

Kaplan, citada por Gotwald y Holtz (1992) señalan que el deseo se parece a otros impulsos como el hambre, la sed y el sueño en las siguientes formas:

- 1.- Depende del funcionamiento apropiado de una estructura anatómica particular en el cerebro.
- 2.- Está equilibrado por centros en el cerebro que lo estimulan y también lo inhiben.
- 3.- Está regulado por dos neurotransmisores específicos en el cerebro, uno que actúa como inhibidor y el otro como excitador.
- 4.- Muestra conexión con otras zonas del cerebro, lo que permite la integración del impulso sexual en la totalidad de la experiencia personal" (pp. 288-289).

Seguimos sin conocer específicamente cómo es que estas estructuras funcionan, se reconoce que el sistema límbico "contiene centros que controlan nuestras experiencias emocionales y sexuales. Los centros nerviosos inhibidores y activadores que se encuentran en el centro

límbico están unidos a otras partes de la red en el hipotálamo y región preóptica del cerebro. También es probable que la red sexual esté unida a centros de placer y dolor también en el cerebro" (Gotwald y Holtz, 1992 p. 289).

La estimulación del centro del placer, por una experiencia agradable como es la sexual, hace que experimentemos placer y cuando la estimulación es dolorosa se inhibe la respuesta sexual.

Se conoce la acción de la endorfina, sustancia química producida por las células nerviosas, que puede producir sensaciones placenteras. "Se cree que quizá las actividades placenteras se experimentan como tales a causa de la estimulación del centro del placer por las endorfinas" (Gotwald y Holtz, 1992 p. 289).

Actualmente se reconoce también la importancia de la testosterona en la generación del impulso sexual en ambos géneros. Está claro que el deseo es un fenómeno muy complejo que conocemos parcialmente, que una vez despertado y si no existen estímulos que entren en competencia, puede dar lugar a la RSH.

FASE DE EXCITACION.

Los cambios están determinados por la reacción vasocongestiva.

Reacciones pélvicas:

Clítoris: Tumescencia del glande del clítoris; aumento del cuerpo esponjoso del clítoris por vasodilatación; elongación del clítoris.

Vagina: Aparición de la lubricación vaginal 10-30 segundos después de la iniciación de cualquier forma de estimulación sexual; expansión y distensión de la vagina; cambio de color al púrpura oscuro de vasodilatación.

Útero: Elevación parcial del útero en anteposición, desarrollo de la irritabilidad del cuerpo.

Labios mayores: En las mujeres que no han tenido hijos se produce aplanamiento, separación y elevación anterolateral alejándose del orificio vaginal. En las mujeres que han tenido hijos aumento del diámetro por vasodilatación; ligero movimiento hacia afuera de la línea media.

Reacciones extrapélvicas.

Pechos: Erección del pezón, aumento de la definición y extensión de la red venosa; aumento del tamaño de los senos; tumefacción de la areóla.

Rubor sexual: Aparece un enrojecimiento maculopapular al final de la fase, primero en el epigastrio, extendido con rapidez a los pechos y el resto del cuerpo principalmente en zonas donde la piel es más delgada.

Mioclónica: Tensión muscular voluntaria, alguna evidencia de actividad involuntaria (expansión de pared vaginal, tensión de musculatura abdominal e intercostal).

Recto: No se observa reacción.

Taquicardia: El ritmo cardíaco aumenta de modo paralelo a la tensión sin relación con la técnica de estimulación.

Presión sanguínea: Elevación paralela al aumento de la tensión sin relación con la técnica de estimulación.

FASE DE MESETA.

Esta fase puede considerarse como una fase en donde la excitación se consolida y es el preámbulo de la fase de orgasmo o mioclónica.

Reacciones pélvicas:

Clítoris: Elevación del cuerpo del clítoris de su posición normal y colgante y retracción hacia la parte anterior del pubis, da la impresión de que se oculta, hacia la fase final de esta etapa.

Vagina: Desarrollo de la plataforma orgásmica del tercio externo de la vagina que estrecha en un 30% o más la abertura de la vagina; nuevo ancho y profundidad de la vagina.

Utero: Elevación total del cuerpo, también llamada verticalización, elevación del cuello que unido a lo anterior y a los cambios de la vagina

producen lo que se llama "tienda del campaña"; aumento de la irritabilidad del cuerpo.

Labios mayores: En la mujer que no ha tenido hijos se produce ingurgitación venosa importante cuando la fase es prolongada. En la mujer que ha tenido hijos se produce edema por mayor vasodilatación que depende del grado de varicosidades.

Labios menores: Cambio de color del rojo vivo al rojo vinoso oscuro, a esta reacción se le llama también "piel sexual". No se ha observado que se produzca el orgasmo sin que vaya precedido de esta reacción.

Glándulas de Bartholin: Una o dos gotas de secreción de material mucoide si la fase se prolonga.

Reacciones extrapélvicas:

Pechos: Turgencia del pezón; mayor aumento de los pechos especialmente en las mujeres que no han amamantado hasta un 20-25 %, en el caso de las que han amamantado el aumento es menos palpable o inexistente en razón al mayor desarrollo del drenaje venoso, lo cual no cambia las sensaciones eróticas; intensa ingurgitación areolar.

Rubor sexual: Enrojecimiento bien desarrollado. Se presenta en el 50-75 % de las mujeres, suele principiar debajo del esternón, en la zona

superior del abdomen, se extiende rápidamente a los senos y la parte delantera del pecho y puede extenderse a todo el cuerpo.

Mioclónica: Nuevo aumento de la tensión voluntaria e involuntaria, contracciones faciales, abdominales e intercostales semiespásticas.

Recto: Contracciones voluntarias del esfínter rectal como técnica de estimulación (inconsistente).

Hiperventilación: Aparece al final de esta fase.

Taquicardia: Se registran 100 a 125 latidos por minuto.

Presión sanguínea: La presión sistólica se eleva de 20 a 60 mmHg, la diastólica entre 10-20 mmHg.

FASE DE ORGASMO.

Si se avanza en la fase de meseta y continua la estimulación sexual efectiva, se alcanza un punto en que la tensión sexual acumulada se descarga, a este momento se le llama orgasmo. Se considera una fase liberadora mediante las contracciones mioclónicas.

Es muy difícil definir el orgasmo pues aunque su duración no va más allá de unos cuantos segundos la experiencia es muy compleja, personal y subjetiva, es una respuesta de todo el organismo que involucra aspectos

emocionales, y no sólo la vagina o el clítoris; se trata más bien de una experiencia que da cuenta de la capacidad total del organismo para involucrarse en la experiencia placentera. Y no siempre se trata de una la relación coital, en tanto penetración; ni con la participación de dos personas. En ese sentido se trata de reconocer que existen tantas manera de obtener orgasmo como se quiera y tantas zonas erógenas como cada persona desee experimentar. Describiremos los cambios fisiológicos observados.

Reacciones pélvicas:

Clítoris: No se observan cambios.

Vagina: Se producen contracciones de la plataforma orgásmica que se producen a intervalos de .8 segundos y se repiten de 5-12 veces, después los intervalos aumentan y la intensidad disminuye.

Útero: Se presentan contracciones que comienzan en el fondo, progresan hacia el medio y terminan en el segmento inferior; la intensidad de la contracción es paralela a la del orgasmo.

Labios mayores y menores: No hay cambios observables.

Reacciones extrapélvicas:

Pechos: No hay cambios observables.

Rubor sexual: El grado de enrojecimiento es paralelo a la intensidad del orgasmo.

Mioclona: Se producen contracciones voluntarias e involuntarias y espasmo de grupos musculares.

Recto: Se presentan contracciones involuntarias del esfínter rectal simultáneas con las de la plataforma orgásmica.

Hiperventilación: El ritmo respiratorio se acelera hasta llegar a 40 por minuto, la intensidad y duración están relacionadas con el grado de tensión sexual.

Taquicardia: Se han registrado de 110 a 180 latidos por minuto; se encuentra, más que en los hombres, una relación entre el número de latidos y la intensidad del orgasmo.

Presión sanguínea: Elevaciones de la presión sistólica de 30-80 mmHg y de la diastólica de 20-40 mmHg.

FASE DE RESOLUCION.

Esta fase se caracteriza por el retorno de los cambios que se produjeron en el organismo a las condiciones basales.

Reacciones pélvicas:

Clítoris: Después de 5-10 segundos que han cesado las contracciones orgásmicas retorna a su posición normal; se produce una lenta detumescencia y pérdida de la vasocongestión.

Vagina: Rápida pérdida de la tumescencia de la plataforma orgásmica; relajación de la pared vaginal, retorno al color normal, este proceso dura 10-15 minutos.

Utero: EL orificio del cuello del útero permanece abierto durante 20-30 minutos; el cuerpo del útero vuelve al lugar de reposo en la pelvis verdadera; el cuello desciende al depósito seminal.

Labios mayores: Retorno al espesor normal y a la posición en la línea media en las mujeres que no han tenido hijos. En las que si han tenido hijos se produce involución de la vasodilatación labial.

Labios menores: En 10-15 segundos se retorna al color rosado pálido; se pierde tamaño por la pérdida de la vasodilatación.

Reacciones extrapélvicas:

Pechos: Desaparece rápidamente la tumescencia areolar e involución de la erección del pezón; disminuye lentamente el tamaño de los pechos y retorno a la apariencia normal de las venas.

Rubor sexual: Desaparece en sentido inverso al de la aparición.

Mioclonia: La tensión muscular rara vez persiste después de 5 minutos, pero no desaparece con tanta rapidez como la vasodilatación.

La hiperventilación desaparece muy pronto. La presión sanguínea y la taquicardia retornan al nivel basal.

Una reacción muy específica y característica de esta etapa es la aparición de una extensa capa de sudor relacionada con el grado de actividad física.

En lo que se refiere a la Respuesta Sexual de las mujeres debemos mencionar que después de los estudios de Masters y Johnson, las investigaciones de Ladas, Perry y Whipple lo que ha venido a modificar las ideas que al respecto del orgasmo femenino se habían venido planteando. Las describimos a continuación.

EL PUNTO "G".

En 1980, en la reunión anual de la Asociación para el Estudio Científico de la Sexualidad, Alice Ladas por un lado y John Perry y Beverly Whipple presentaron estudios que sustentan la existencia del orgasmo vaginal. La opinión de Ladas a partir de la investigación que realizó con mujeres terapeutas bioenergéticas confirmaron las creencias de los freudianos y neofreudianos a propósito de la existencia del orgasmo vaginal y también los puntos de vista de los investigadores sexuales acerca de la conveniencia del estímulo clitorideo (Ladas, A.K., Whipple, B. y Perry, J.D. 1983).

Perry y Whipple por su lado informaron que:

- Existe en el interior de la vagina un lugar extremadamente sensible a la presión fuerte. Dicho lugar se halla situado en la pared anterior de la vagina a unos cinco centímetros de la abertura. Esta zona fue bautizada por ellos como el punto de Gräfenberg, en honor del doctor Ernst Gräfenberg, el primer médico moderno que lo describió.
- Este punto fue localizado por ellos en todas las mujeres que examinaron.
- Cuando este punto se estimula adecuadamente, se dilata y da lugar a un orgasmo en muchas mujeres.

- En el momento del orgasmo muchas mujeres eyaculan a través de la uretra un líquido químicamente similar al de la eyaculación masculina, pero no contiene espermatozoides.
- Como consecuencia de la estimulación del punto G las mujeres experimentan a menudo una serie de orgasmos.
- En muchas mujeres resulta difícil estimular adecuadamente el punto G en posición supina (acostada sobre su espalda). Otras posiciones dan mejores resultados.
- El uso del diafragma para el control de la natalidad dificulta para algunas mujeres el estímulo del punto G.
- En la creencia de que están orinando, muchas mujeres experimentan turbación a propósito de la eyaculación. Pensando lo mismo, sus compañeros a menudo las desprecian, lo cual constituye una de las razones de que muchas mujeres hayan aprendido a reprimir el orgasmo.
- La fuerza del músculo pubococcígeo de una mujer está directamente relacionada con su capacidad de alcanzar el orgasmo a través del acto sexual.

- Las mujeres pueden aprender a reforzar sus músculos pubococcygeos o a relajarlos en caso de tensión excesiva.
- Si los hombres aumentan la fuerza de sus músculos pubococcygeos, también pueden aprender a alcanzar orgasmos múltiples y a separar el orgasmo de la eyaculación.
- Hay varias clases de orgasmos en los hombres y las mujeres. En las mujeres se registra un orgasmo vulvar, desencadenado por el clítoris, un orgasmo uterino, desencadenado por el acto sexual, y una combinación de ambos. En los hombres, existe un orgasmo desencadenado por el miembro y otro desencadenado por la próstata (op. cit.).

Estos hallazgos son importantes porque apoyan los informes de mujeres que habían venido experimentando orgasmos vaginales y que eran descalificadas o ellas mismas se descalificaban cuando se contrastaba su experiencia con los resultados de las investigaciones de Masters y Johnson y el orgasmo clitoral. Además de comprobarse la existencia de la eyaculación femenina.

Las conclusiones de los estudios de Ladas, Whipple y Perry han cuestionado otro aspecto importante, pues se aceptaba, a partir de las investigaciones de Masters y

Johnson que sólo había una forma de experimentar el orgasmo; además se esclareció la discusión respecto a la existencia de varios tipos de orgasmos femeninos, admitiendo que, estrictamente hablando, el orgasmo no es ni clitoral, ni vaginal, ni uterino, sino que es cerebral y psíquico aunque puede ser provocado por la estimulación de diferentes zonas.

Antes de pasar a describir los cambios en la Respuesta Sexual de las mujeres de más de cuarenta años, debemos destacar dos encuestas que han sacado a la luz pública la forma en que las mujeres experimentan su sexualidad, la primera de ellas es la encuesta realizada por Shere Hite, que cristalizó en el libro "El Informe Hite Estudio de la Sexualidad Femenina" (1976) en el que se recogen las descripciones, con sus propias palabras, de la vida sexual de tres mil mujeres de entre los catorce y los setenta y ocho años, en Estados Unidos.

Este libro es importante en cuanto a que sitúa la sexualidad femenina en un contexto histórico y cultural. Plantea, a partir de las respuestas de las mujeres que el hecho de que la mayoría de ellas puedan alcanzar el orgasmo a través de la masturbación, es una prueba de que las afirmaciones de que el orgasmo se debe obtener por medio del coito es una invención de la psicología masculina.

En relación a las respuestas de las mujeres mayores respecto a su sexualidad, en esta encuesta la mayoría de las

mujeres respondieron que su placer sexual había aumentado con la edad. Algunas mujeres declararon que el sexo ha dejado de ser tan importante para ellas. Algunas otras se sentían interesadas por el sexo aunque tenían dificultades para encontrar compañeros de su agrado. Mientras algunas tenían amantes hombres, otras habían empezado a relacionarse sexualmente con mujeres; otras más mantenían relaciones con hombres más jóvenes que ellas y otro grupo mencionó que estaban viviendo nuevas experiencias.

Según nos reporta esta encuesta, existen variadas formas de experimentar la sexualidad según la opinión de las mujeres mayores (Hite, S. 1988).

Otra encuesta, esta realizada por F. Magazine, y procesada por Susanne Horer (1980) que incluyó a trece mil mujeres, en su mayor parte casadas y madres de familia, ejercen casi todas una actividad profesional y que disponen de un bagaje intelectual o cultural superior a la media nacional, en Francia, representa otro ejemplo de informes basados en las opiniones de las mujeres.

En este trabajo se constata de nueva cuenta la decisión de las mujeres de "decirse y decirlo todo" (Horer, S. 1981), también encontramos una visión crítica hacia la forma en que la sociedad patriarcal ha modelado la sexualidad femenina. Explora las opiniones de las mujeres en cuanto a su expresividad sexual, pero toca también

algunos aspectos importantes relacionados con la autoaceptación del cuerpo, la comunicación con la pareja y también se refiere a la preferencia homosexual de las mujeres.

Estas dos encuestas tienen especial significado para la sexualidad femenina en la medida en que permiten a las mujeres encontrarse a través de estos libros con otras muchas mujeres, cuyas experiencias son muy parecidas a las propias, pero que también les permiten contactar con experiencias que no conocían.

CAMBIOS EN LA RSH EN LA MUJER MAYOR DE 40 AÑOS.

Es importante para los objetivos de este trabajo conocer los cambios que pueden presentarse en la respuesta sexual de las mujeres después de los cuarenta años, tanto en lo que se refiere a las investigaciones de Masters y Johnson, que son los más antiguos, como algunas de las investigaciones recientes sobre la sexualidad durante el proceso climatérico.

Presentaremos los cambios que se producen en la RSH en mujeres de mediana edad y mayores, de 40 a 78 años, según lo investigaron Masters y Johnson y de lo cual nos informan en su libro *Respuesta Sexual Humana* (1978). Nos referimos solo a los aspectos que presentan cambios,

todo lo que no se menciona quiere decir que no ha experimentado cambios.

Reacciones pélvicas:

Vagina: En lugar del aspecto arrugado, grueso, rojo púrpura; se observa un adelgazamiento de las paredes, que pierden rugosidad y toman un color rosa pálido. Las paredes de la vagina senil son tan finas que dan la impresión de que son transparentes.

Disminuye la longitud y anchura, la expansividad disminuye y se hace más lenta pero no desaparece. La vagina, sin embargo, puede responder a la estimulación directa del coito con una expansión mayor a la observada en los ciclos orgásmicos inducidos por manipulación.

En la fase de excitación la respuesta de lubricación en lugar de presentarse entre 10-30 segundos se retarda de uno a tres minutos aún cuando exista una reacción adecuada ante el ESE.

Esto ocurre después de los 50 años.

En este aspecto se informa de tres mujeres que mantuvieron una buena lubricación y se señala que esto puede deberse a que las tres mujeres, mayores de 60 años, mantuvieron relaciones sexuales activas una o dos veces por semana en la madurez.

Útero: El tamaño del útero se reduce progresivamente hasta que pasado 5-10 años

después de la última menstruación tiene las mismas dimensiones el cuello y el cuerpo uterino (la proporción era antes de 2 a 1). Durante la RSH disminuye la elevación o verticalización del útero. También disminuye la tienda de campaña.

Eventualmente pueden presentarse durante la fase de orgasmo contracciones dolorosas.

Labios mayores: Después de los 50 años no hay separación aplanamiento y elevación, esto se explica porque disminuye el tejido adiposo de los labios mayores y se observa pérdida del tejido elástico.

Labios menores: La piel sexual deja de presentarse gradualmente a partir de los sesenta años.

Uretra y Vejiga: Puede producirse irritación por falta de lubricación, adelgazamiento de la pared vaginal y por una irritación mecánica del coito activo.

Reacciones extrapélvicas:

Pechos: El aumento del tamaño, producto de la vasodilatación, disminuye con la edad, pues hay una pérdida significativa de la elasticidad de los tejidos de los senos.

Además cuanto más péndulos y laxos hay más resistencia al aumento de tamaño.

Disminuye la ingurgitación areolar en la fase de meseta, después de 50 años puede presentarse

de un solo lado. Después de los sesenta años no hay rubor sexual en los senos.

La mayor parte de las mujeres mayores de 50 años muestran persistencia de la erección del pezón varias horas después del orgasmo.

Miclonia: La elevación de la tensión muscular disminuye a medida que la edad aumenta. Incluido en la fase de orgasmo.

Rubor sexual: Disminuye después de los 60 años.

Recto: Disminuyen las contracciones.

Después de revisar los cambios en el organismo femenino durante la respuesta sexual y los cambios en las mujeres de más de cuarenta años pasaremos a revisar primero lo que se sabe de la sexualidad femenina en el climaterio a partir de las investigaciones más antiguas y revisaremos algunas de las más recientes.

En la cultura occidental, y nosotros pertenecemos a ella, existe la creencia no sólo entre los jóvenes, sino aún entre las personas añosas, de que las personas viejas, en virtud de su proceso de envejecimiento, ya no son capaces de tener relaciones sexuales. Esta creencia se apoya en varias ideas: que el sexo es propio de jóvenes, en la medida en que la sexualidad se liga a la procreación; que como es resultado de la atracción física los viejos y viejas ya no son atractivos; que la capacidad sexual disminuye rápidamente con la edad y que en los viejos cada vez existe menos energía para esta actividad; y otra idea es que las relaciones sexuales se

encuentran inextricablemente ligadas al amor y sólo los jóvenes son capaces de enamorarse (Mishara y Riedel, 1986).

Estas ideas que se aplican a hombres y mujeres pueden producir en las personas añosas sentimientos de vergüenza e inadecuación cuando se experimentan deseos y excitación sexual y se han introyectado estas ideas.

Parte de este planteamiento está siendo aplicado a la sexualidad de las mujeres climatéricas, y el objetivo de esta parte del trabajo es revisar las investigaciones sobre sexualidad para ver qué tanto estas afirmaciones corresponden a la realidad hasta donde se ha investigado.

Kinsey y sus colaboradores (1948, 1953) estudiaron por primera vez los efectos que el proceso de envejecimiento tiene sobre la esfera sexual. Pudieron observar un declive en la actividad sexual debido más que a problemas de salud a las actitudes y expectativas impuestas por el entorno social (Herrera P.M.C. 1993).

En los estudios de Masters y Johnson (1987) sobre la respuesta se incluyen datos sobre la conducta sexual en 61 mujeres de más de 40 años (34 de más de 50 años), y de las 152 mujeres en estudio geriátrico (mayores de 51 años), realizados a través de investigación en laboratorio y entrevistas. Estos autores hicieron en ese momento una serie de apreciaciones en relación a la sexualidad de las

mujeres de esta edad que han venido siendo investigados hasta nuestros días.

Masters y Johnson, plantearon, desde ese año de 1966, que la comparación entre la Respuesta Sexual (RS) de la mujer joven y la RS de la mujer añosa debe servir para destacar los cambios que se producen en la mujer añosa y no porque éstos sean anormales desde el punto de vista fisiológico.

Señalaron que el grado de influencia que la falta de esteroides sexuales tiene sobre el ajuste sexual durante la menopausia y posmenopausia no se había establecido, aunque "es corriente asignar a la falta de esteroides la mayoría de los malestares físicos y los problemas psicosexuales" que aparecen en esta edad, y agregaban que todavía debían definirse múltiples facetas de las relaciones existentes entre la falta de esteroides y la respuesta sexual femenina. (1987, p. 211).

En el capítulo de Conceptos hemos hablado de que la sexualidad está integrada por los aspectos biológicos, psicológicos y culturales; aquí pretendemos señalar más específicamente cuáles de esos cambios pueden alterar la respuesta sexual de las mujeres climatéricas.

En primer lugar es necesario señalar que el gozar de una buena condición de salud general es un aspecto importante para la realización de una actividad sexual, y

esto se refiere a toda la vida anterior al climaterio. Y como se ha señalado ya, en esta salud se incluyen los aspectos psicosociales, además de los biológicos.

Factores como una adecuada alimentación, ejercicio, así como una historia de abuso de sustancias (alcohol, drogas o tabaco) pueden contribuir para atenuar o disparar los cambios físicos que acompañan el proceso climatérico.

Señalamos al principio de este capítulo que en la literatura biomédica y en el conocimiento popular se maneja la idea de que las mujeres en el climaterio dejan de tener deseos y actividad sexual.

Mc.Coy N., Cutler W. y Davidson J.M. (1985) por un lado y Leiblum S.R. (1990) por otro, señalan que el interés y la satisfacción sexual están relacionadas con condiciones de salud física y mental, y que una mujer que sufre severas molestias como los bochornos y síntomas asociados manifiesta un bajo nivel de actividad sexual. Berg C.W., García C.R. y Mc.Coy N. (1987) citan el estudio de Hallstrom (1977) en donde se encontró que declina el interés sexual, la capacidad orgásmica y la frecuencia coital, aunque agregan que es posible encontrar en otros grupos socioculturales un patrón de conducta diferente.

En el mismo estudio de Berg et al. (1987) no se reporta déficit en las dimensiones del deseo, ni en la respuesta o satisfacción en la vida sexual de las mujeres de

49 años, aunque señalan que el 25% de las mujeres que tienen una muy baja concentración de estradiol (menos de 35 pg/ml) presentan una alta proporción (estadísticamente significativa) de patrones de frecuencia coital menores a una por semana. Se informa también, que aunque existe consenso en la literatura biomédica de que la declinación de la capacidad de respuesta sexual coincide con la declinación de los niveles de estrógeno que ocurre en la menopausia (Cutler y García 1984); algunos psicólogos ha publicado datos que muestran que no hay pérdida de la excitación sexual durante este período (Neugarten et al. 1963; Luria y Meade 1984, citados por Berg et al.).

Masters y Johnson (1987) informaron que las mujeres al comienzo de la cincuentena, experimentaban un renovado interés por sus esposos y el mantenimiento físico de su persona, y que esto era causado por el alivio de la amenaza del embarazo y además un reflejo del placer y la estabilidad de las relaciones sexuales.

La mayor parte de las mujeres durante y después de la menopausia continúan ocupándose de actividades sexuales satisfactorias, algunas pueden interrumpir su actividad sexual cuando experimentan problemas, pero la mayor parte continúa su actividad sexual y no presentan discapacidades, cuestión muy importante que ya habían planteado Masters y Johnson (1987) cuando mencionan que la oportunidad de la práctica sexual regular es muy necesaria para el

mantenimiento de la capacidad sexual y la actuación sexual efectiva (Morokoff, P.J. 1988).

Hay que constatar que mientras en algunas mujeres declina el deseo sexual, la respuesta orgásmica no sufre ningún deterioro (Leiblum, 1990). En este aspecto hay coincidencia con Berg et al. (1987) en cuanto a que se presenta una pequeña deficiencia en la libido. Channon y Ballinger (1986) mencionan que el interés sexual sólo declina marginalmente con la edad.

Uno de los factores que influye en la disminución de la libido es la depresión, pero también factores como las preferencias individuales, los problemas en la relación de pareja, la baja autoestima que lleva a la disminución del atractivo sexual al considerar las mujeres que han perdido juventud y belleza (Beltrán, 1989); factores socioculturales entre los que destacan la idea de que expresar deseo sexual no es correcto a esta edad, y que ya no es importante puesto que se ha perdido la capacidad reproductiva.

Estos factores socioculturales están íntimamente relacionados con el rol de género; pues las mujeres de esta edad, pueden sentirse culpables de experimentar deseos y excitación, pero también es posible que sean presionadas socialmente para reprimir sus necesidades sexuales o que carezcan de pareja y existen pocas oportunidades a esta edad, para las mujeres, de conseguir otro compañero sexual. Si esto no sucede, algunas estarán cansadas y agobiadas por

las múltiples tareas de asistencia a otros miembros de la familia, débiles, añosos o enfermos, sin condiciones de ocuparse de sí mismas.

Los síntomas de los que más se quejan las mujeres son los bochornos y la sequedad vaginal -que los médicos atribuyen a falta de estrógenos-, ésta última es la que más afecta a sus parejas sexuales. La sequedad vaginal puede producir dispareunia (dolor durante el coito), escoriaciones y sangrado.

Masters y Johnson (1987) y Morokoff (1988) postulan, a partir de que los estrógenos pueden ser relevantes para mantener el funcionamiento sexual, (lo que Morokoff llama el efecto de "dominó"), que la presencia de un síntoma puede llevar a experimentar otros síntomas, es decir, es posible que la falta de estrógenos esté relacionada con la atrofia vaginal y la falta de lubricación vaginal, lo cual hace que las mujeres reporten una disminución del deseo, de la excitación y de la frecuencia del orgasmo. Morokoff sostiene que una debilidad de esta teoría es que no existen relaciones firmemente establecidas entre dispareunia y niveles de estrógeno.

Otra manera en que los estrógenos afectarían el funcionamiento sexual sería a través de efectos centrales o periféricos sobre el deseo sexual, la excitación y el orgasmo. Algunos apoyos a esta hipótesis provienen de los estudios de Dennerstein et al. (1980) y Cutler et al. (1987), quienes

demonstraron que altos niveles de estrógeno están asociado a altos niveles de funcionamiento sexual. Sherwin et al. (1985) obtuvieron resultados contradictorios respecto a estos hallazgos, pues en su estudio, las mujeres que recibieron terapia de remplazo hormonal no mostraron mayor mejoramiento en el funcionamiento sexual que las mujeres que tomaron placebos.

Además de los síntomas climatéricos otros aspectos que pueden afectar el funcionamiento sexual son la situación afectiva, la importancia que se otorgue al coito, la satisfacción con la actividad sexual y la fuerza del deseo, aspectos que pueden ser afectados por el rol de género femenino.

Otro de los factores que influye en la reducción de las relaciones sexuales es la ansiedad; en el estudio de Channon y Ballinger (1986) una alta proporción de mujeres presentó disminución de la libido como evidencia de reducción del placer, deseo y frecuencia del orgasmo. Esto es particularmente relevante en vista del hecho de que la mayoría de las mujeres creían que una vida sexual activa era importante para sus parejas. Para muchas de estas mujeres, la disminución de la libido provoca sentimientos de culpa en el contexto de las relaciones de pareja, cuando el otro integrante de la pareja no muestra una disminución semejante de sus intereses sexuales. Esta situación puede convertirse en un círculo en donde la pérdida del interés

sexual produce culpa en las mujeres y la culpa actúa para disminuir el deseo sexual.

Otro aspecto de las relaciones de pareja puede constituirse en un factor más que obstaculice el desempeño sexual, es que algunas mujeres y sus parejas tienden a atribuir cualquier queja en este tiempo, sea física o sexual al "cambio" cuando puede deberse a otros factores. Las enfermedades de la pareja pueden impedir la realización de actividad sexual, como en el caso de la diabetes y temporalmente después de una operación del corazón.

El descubrimiento de que los objetivos de vida y la "autoactualización" se relacionan con la satisfacción sexual, aunque no siempre con la frecuencia de la actividad sexual, es importante pues sugiere que estas variables personales están íntimamente relacionadas con la calidad de la interacción sexual. Esto además es consistente con hallazgos previos de que es más probable que la calidad de la comunicación interpersonal y la interacción marital, más bien que las características específicas de la personalidad, son importantes determinantes del ajuste sexual y marital (Mc.Cann, J.T. y Baggio M.K. 1989).

Un aspecto relacionado con el deseo y la dispareunia, se refiere a que las mujeres evitan las relaciones sexuales para no experimentar molestias y dolor y esto puede conectarse con el hecho de que su pareja sexual empiece a

presentar incompetencia eréctil, y que esto, que es parte de los cambios en la respuesta sexual del hombre añoso, pueda afectarlo en el sentido de evitar las relaciones sexuales, para evitar un fracaso.

La dispareunia es el único síntoma que reduce significativamente la frecuencia coital. Esta molestia aparece probablemente en las mujeres que presentan sequedad vaginal, la cual puede resolverse con el uso de un lubricante. También es posible que exista falta de lubricación en la relación sexual, lo que disminuye el deseo sexual. Aquí pueden coincidir varios factores: que la respuesta sexual de lubricación en la relación sexual se retarda (reacción propia de esta etapa, pero que las mujeres desconocen); que al no existir deseo sexual no hay lubricación, y que el uso de lubricantes pueda ser un elemento que distraiga a la pareja y especialmente a la mujer por el hecho de que usar un lubricante se vea como algo desagradable.

Un aspecto más que puede afectar el ejercicio sexual de las mujeres climáticas es que, para las mujeres que no disfrutaron de sus relaciones sexuales en etapas anteriores de su vida, los síntomas climáticos pueden ser una buena excusa para negarse a las demandas de sus parejas.

La incontinencia urinaria, según Hilton, P. (1988) es un trastorno que aqueja a una de cada cuatro mujeres, es un factor que también puede afectar las relaciones sexuales. En

algunas mujeres se presenta en el momento de la penetración, en otras al momento del orgasmo, sea coital o por masturbación y en algunas más con otras formas de actividad sexual. En cualquiera de esos casos causa molestias a las mujeres y eventualmente a sus parejas. Aclaremos que esta molestia puede estar presente aún antes del climaterio.

Algunas investigaciones se han realizado para conocer algunos aspectos de la experiencia sexual como la fantasía. Berg et al. (1987) no encontraron cambios. En el estudio de Fruck, J. y Money, J. (1992) no se reportó deterioro significativo en la expresión de las fantasías sexuales en cuanto a la frecuencia, la diversidad de contenidos, diversidad de tiempo y lugar en que aparecen y a las sensaciones, entre mujeres postmenopáusicas.

Las mujeres climatéricas, pueden experimentar en este período de su vida, diversas enfermedades y cirugías, que aunque pueden ser iniciales, produzcan alteraciones de su sexualidad. La histerectomía y la ooforectomía (menos frecuente) son cirugías que afectan la autoimagen de las mujeres -se vive como una pérdida de una parte del cuerpo-, y en virtud de que se relacionan con la pérdida de la capacidad reproductiva puede afectarlas emocionalmente, además de que pueden tener consecuencias físicas por la disminución hormonal en el caso de la ooforectomía, aunque se reconoce que a las mujeres que no se les informa de que pueden haber cambios en su vida sexual, la continúan

satisfactoriamente, lo que coincide lo planteado por Masters y Johnson (1987) en cuanto a que la falta de funcionamiento endocrino posee influencia indirecta sobre la capacidad sexual femenina, pero no un control absoluto. (Barrios, 1993).

La masturbación es un aspecto del que se habla muy poco, en realidad son muchas las mujeres que han incorporado a sus prácticas sexuales la masturbación, incluso desde su infancia y su juventud. Existen informes como el de Shere Hite, en donde las mujeres reportan una satisfacción mayor y variados orgasmos mediante esta práctica. Con cierta frecuencia se piensa que la masturbación es una opción para aquellas personas que no tienen pareja, la realidad no ha sido así, existen parejas que encuentran en la masturbación mutua o en privado una forma más de enriquecer su vida sexual. Y durante el climaterio no tendría porque cambiar esta práctica sexual.

Y en esta etapa de la vida, cuando observamos que el riesgo de perder a la pareja o de que tenga dificultades de salud que puedan impedir la actividad sexual coital, la masturbación puede seguirse practicando, con o sin pareja (Masters y Johnson, 1978).

La cistitis y la uretritis que pueden volverse crónicas, los problemas relacionados con la osteoporosis, en las climáticas de mayor edad, eventualmente se transforman en impedimentos para las relaciones sexuales satisfactorias,

que pueden ser resueltos mediante cambios en las prácticas sexuales.

Uno de los aspectos que se han planteado, desde Masters y Johnson (1987), hasta las investigaciones aquí reseñadas, es que mujeres mayores de 40 años y aún seniles, cuando ha tenido una vida sexual activa, coital o masturbatoria, no presentan atrofia vaginal y son capaces de tener una lubricación vaginal que les permite una actividad sexual sin molestias ni dispareunia (Mishara y Riedel, 1986; Butler y Lewis, 1988; Morokoff, 1988).

Esta revisión de los aspectos generales de la respuesta sexual de las mujeres climatéricas, y de algunos aspectos relacionados con el ejercicio de la sexualidad de las mujeres climatéricas, nos lleva a considerar, que todas las mujeres en esta etapa de su vida, son potencialmente capaces de practicar una sexualidad placentera y satisfactoria. Es decir, no existen condiciones biológicas y/o psicoculturales específicas del climaterio que las incapaciten para la actividad sexual.

Los obstáculos que se pueden presentar, según hemos revisado, pueden estar ubicados en los cambios fisiológicos, cuya relación con los cambios hormonales no está suficientemente probada; así como de los introyectos del rol de género femenino (esposa, madre y ama de casa), y de los mitos respecto a las características que se atribuyen a la mujer climatérica, que niegan su deseo sexual, que las

agobian hasta la depresión, y que no les permiten pensar en sus necesidades. A estos aspectos se suman creencias, como la de que las mujeres climatéricas ya no son atractivas, no tienen deseos sexuales, que eso es asunto de jóvenes.

También influyen otros aspectos como el que las actividades sexuales deben tener sólo fines procreativos, lo que sienta las bases para la negación del placer para las mujeres climatéricas, y produce un conflicto, pues las mujeres que sienten deseos sexuales pueden sentirse inadecuadas porque no responden al ideal social y cultural que ha estructurado la sociedad patriarcal.

En este sentido, es necesario pensar en los cambios que son necesarios, para que el climaterio, como etapa del ciclo de vida en donde se experimenta un proceso de transformaciones que afectan todas las esferas de la vida, pueda convertirse en una etapa más en donde las mujeres disfruten libremente de su sexualidad.

CAPITULO IV

ALTERNATIVAS

Las alternativas a los malestares del climaterio se han dado especialmente en el campo de la medicina y más recientemente en el de la psicología.

Hemos dicho antes que las mujeres cuando sienten algún malestar acuden al médico en demanda de alivio. Los médicos han aliviado a las mujeres de sus malestares a partir de los recursos con los que cuentan.

El recurso privilegiado ha sido la llamada Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH), o estrogenoterapia. Que es una terapia usada ampliamente a partir de 1930, entre otros por Zondek; después promovida de manera entusiasta por el Dr. Robert Wilson a través de su libro "Femenina para siempre" (1966), con lo cual la terapia a base de estrógenos se convierte en el tratamiento privilegiado para tratar las molestias menopáusicas y los problemas sexuales.

Este entusiasmo empezó a cambiar en la década de los setentas, cuando se descubrió la asociación entre la TRH con un aumento en el riesgo de cáncer, lo cual produjo una disminución en su uso en los años siguientes. Lo que estamos viviendo hoy es una etapa de uso de la TRH, en

donde se prescriben estrógenos combinados con progestágenos (que reducen el riesgo de cáncer), y donde se aplican dosis mínimas y en tratamientos a corto plazo. Además de que se han empezado a tomar precauciones en cuanto a su aplicación (Butler y Lewis, 1988; Amengual, 1990). En México, no sabemos con exactitud cuántas mujeres están recibiendo este tipo de terapia y los efectos en su salud.

En los reportes médicos se constata que en la etapa climatérica existe disminución de la producción de estrógenos, esta disminución varía de mujer a mujer, y no se trata de una desaparición total de estas sustancias en el organismo. Algunas, incluso, elaboran estrógenos en buena cantidad años después de la menopausia (Amengual, 1990).

Robles (1991) menciona que la administración de estrógenos tiene por objeto controlar la sintomatología vasomotora, retardar o mejorar las modificaciones tróficas, la arteroesclerosis y sus secuelas y evitar o corregir las consecuencias de la osteoporosis; además señala que los ansiolíticos son de uso común, como el diazepam en una cantidad de 5-10 mg. una o dos veces al día.

No todas las mujeres responden a la estrogenoterapia, las razones de esto se desconocen, otras necesitan mayor cantidad de estrógenos y un 25% mejoran con placebos (Butler y Lewis, 1988).

La literatura médica proporciona datos que muestran un mejoramiento en los síntomas climatéricos a partir de la TRH, especialmente en relación a los síntomas vasomotores (bochornos y sudores) y en cuanto a la disminución de la atrofia y la sequedad vaginal; lo cual puede tener efectos sobre la dispareunia. También tiene efectos preventivos sobre el adelgazamiento de la piel (op.cit.).

Algunos médicos destacan que el mejoramiento de los síntomas vasomotores y la atrofia vaginal, resultado de la TRH, puede tener un efecto de cascada. La desaparición de los síntomas vasomotores, que impedían el sueño, ahora aliviados, mejoran la condición de energía, que afecta la capacidad de actividad, y eso puede tener efecto sobre las relaciones interpersonales y el estado psicológico (Danforth, 1987).

Walling, M., Andersen, B.L. y Johnson, S.R. (1990) encontraron que los efectos de los estrógenos son mayores que los de los progestágenos. Respecto a la conducta sexual nos informan que aunque las indicaciones médicas señalan que es necesaria la adición de progestágenos a los estrógenos, no parece haber un mejoramiento significativo en el funcionamiento sexual, más allá de lo que ocurre con el estrógeno solo. Este estudio encontró un mejoramiento significativo en la capacidad de respuesta sexual y en aumento de la conducta sexual a partir de la administración de andrógenos.

La investigación realizada con el medicamento llamado Verapride, mostró que los síntomas climatéricos disminuían en el grupo de Verapride del 53 al 70% y en el grupo que tomó placebos la mejoría fué del 36 al 43%. Los investigadores señalan en sus conclusiones: "Es digno de mencionarse que la importante mejoría reportada por las pacientes, lograda sólo con la administración del placebo, nos indica la presencia de un componente emocional en el síndrome climatérico". Los efectos adversos reportados fueron manifestaciones gastrointestinales y dolor de pechos en un 16.6% de los casos (Kunhardt, R.J., Rodríguez, C., Contreras, CH.J., Río de la Loza, C.M.F. y Karchmer S. 1991).

El reconocimiento de los beneficios de la TRH debe, sin embargo, matizarse a partir del conocimiento de los riesgos relativos que pueden poner en peligro la salud y la vida de las mujeres climatéricas que se someten a ella.

Amengual (1990) señala que a pesar de las controversias al respecto de la TRH, hay una impresión general del efecto beneficioso de los estrógenos aún cuando por el momento no pueda ser cuantificada con mayor precisión. En su informe constata la influencia de la TRH en el metabolismo lípido y precisa que esta influencia depende del tipo de estrógeno y progestágeno, de la dosis y de la vía de administración. Al igual que Carranza (1992) sostiene que cuando se mantiene la estrogenoterapia por varios años en la posmenopausia, se logra una reducción del riesgo de

infarto al miocardio. A esta información hay que agregar lo que señala Ruíz (1989) en el sentido de que los estrógenos sintéticos producen el efecto contrario en las lipoproteínas, elevando marcadamente el riesgo de ateromatosis en las mujeres de más de 35 años.

El riesgo de accidente cerebrovascular, se reduce en un 50%, después de 10 años de estrogenoterapia, este tratamiento ayuda también a disminuir la presión arterial (Amengual, 1990; Blumel, 1990).

De acuerdo con Amengual (1990) el tratamiento de estrógenos por cinco o diez años, cuando se empieza precozmente en la posmenopausia, puede reducir la incidencia de fractura vertebral en 90% y de cuello de fémur en 50%. Carranza (1992) y Gómez (1991) proponen el uso terapéutico de otras sustancias cuando las pacientes no aceptan o no son candidatas a la estrogenoterapia, tales como: calcio, calcitonina, calcitrol, difosfonatos, fluoruro, y hormona paratiroidea.

Los datos sobre los beneficios y riesgos de la terapia estrogénica son contradictorios, y mientras unos mencionan los beneficios, sin embargo, no puede negarse el riesgo de cáncer en los pechos asociado a la TRH; así como el cáncer de endometrio, que se reconoce que se ha reducido a partir del uso de combinaciones de estrógenos y progestágenos (Blumel et al. 1990; Carranza et al. 1992; Amengual, 1990; Women Wise 1991). En ese sentido la revista Women Wise,

menciona que los estudios de The DES Action Voice, Harvard (1991) reportaron un aumento de riesgo de cáncer en los pechos del 36%, después de estudiar a 118 273 mujeres entre 30-35 años, que usaron terapia de remplazo estrogénico; que confirma los resultados de un estudio anterior (publicado en 1989) con observación de 11 468 mujeres posmenopáusicas durante seis años, en el cual el riesgo aumentó en un 69%.

Algunos médicos reconocen que los estrógenos pueden no ser una causa de cáncer de endometrio, pero pueden estar asociados, por ejemplo, el riesgo de cáncer endometrial en mujeres que han recibido estrógenos, está entre 2.2 y 15 veces más que las que no han recibido ese tratamiento. También la TRH presenta el peligro de hemorragias secundarias que pueden enmascarar una enfermedad más seria (Danforth, 1987).

En cuanto a la incontinencia urinaria, existen terapias no quirúrgicas para su tratamiento, como la que aplicaron Ramírez, M.E., Iris, C.S. y Ochoa, G.S. (1992), quienes trataron a 100 pacientes con disnergia del detrusor mediante medicamentos y adiestramiento vesical y encontraron mejoría a partir de las cuatro semanas; también los ejercicios de Kegel son un buen recurso. (Butler y Lewis, 1988).

Existen contraindicaciones absolutas para el uso de la TRH, como las siguientes:

- 1.- Historia o existencia de cáncer de mama o cáncer en órganos sexuales pélvicos, internos o externos, excepto algunos casos de cáncer cervical.
- 2.- Historia de reciente o antiguo tromboembolismo.
- 3.- Retención de fluidos debido a un fallo congestivo del corazón o una enfermedad renal o hepática.
- 4.- Una función hepática anormal.

Las contraindicaciones relativas son:

- 1.- Fibromiomas uterinos o endometriosis.
- 2.- Hipertensión.
- 3.- Diabetes mellitus.

La terapia estrogénica, es una expresión del modelo biomédico, hasta ahora ha sido el más ampliamente promovido y aplicado en el tratamiento del climaterio.

Existen otras formas de abordar el climaterio femenino. Una de ellas, que por cierto no es muy nueva, es a través de Grupos de Autoayuda, que surgieron en la década de los sesentas como parte del movimiento feminista, primero en Estados Unidos y después en algunos países europeos; que originalmente sirvieron como grupos de reflexión.

Unos grupos, que se oponen a que la menopausia sea considerada como una enfermedad, tienen como objetivo proporcionar guías con información para las mujeres sobre los cambios que ocurren durante la menopausia; con el fin de que conozcan esos cambios, puedan monitorearlos y reconocerlos como parte de un fenómeno normal de la vida, para transitar saludablemente por la menopausia y evitar ser medicalizadas (Voda, A.M. 1992).

Otros grupos, como el Grupo de Terapia de Orientación Feminista, que atienden a mujeres deprimidas, se basan en la libre transmisión de las experiencias de sus participantes, así como la discusión y el debate de la conflictiva, sea colectiva o individual, referida al contexto social; espacio de apoyo mutuo, donde se contrastan vivencias, se emiten opiniones y/o se plantean dificultades.

Se trata de privilegiar la aportación e intercambio de experiencias personales, insistiendo en que el mayor conocimiento de una situación, sólo puede tenerlo la persona que lo ha vivido, siempre y cuando no tenga temor de exponerlo. Que ese conocimiento, aunque no coincida con las normas vigentes es mayor y mejor que cualquier planteamiento técnico que cualquier terapeuta pueda aportar. Las terapeutas acompañan a las mujeres en el desentrañamiento de las situaciones conflictivas, (porque han tomado conciencia de su devenir como mujeres, pues no se plantean como sujetos paradigmáticos), y en donde una vez que se facilita el proceso de conocimiento y clarificación,

cada mujer tiene el derecho de elegir la alternativa que considere conveniente para ella, con el riesgo de equivocarse o acertar en la elección de sus opciones, como cualquier ser humano (Sácz, B.C. 1988).

Este grupo señala como algunos de los aspectos positivos de esta forma de trabajo:

- 1.- La creación de una conciencia de que la mujer-paciente es un individuo concreto, con características propias y precisas, además de formar parte del colectivo familiar y/o social.
- 2.- El inicio o aumento de la autoestima y de la valía personales de cada mujer como sujeto.
- 3.- La percepción de una misma y de las "otras mujeres", no como seres inferiores, sino como individuos válidos como compañía, apoyo, ejemplo y estímulo y con quienes se pueden mantener relaciones interesantes, gratificantes y útiles.
- 4.- El aumento del grado de autonomía y decisión personales.
- 5.- La relativización de las tareas domésticas como únicos objetivos válidos y primordiales.
- 6.- El distanciamiento más o menos amplio del ámbito doméstico y/o iniciación de relaciones e intereses fuera de él.
- 7.- La facilitación de las relaciones madre-hijas/hijos y conyugales.

- 8.- La desmedicalización y despsicologización y/o despsiquiatrización, más o menos relativa, del concepto de enfermedad (op.cit.).

Existen grupos, que en México están desarrollando talleres, de orientación humanista en sexualidad, hasta ahora dirigidos a jóvenes, parejas, padres, maestros, con una metodología que incluye actividades grupales, ejercicios actitudinales, cápsulas teóricas y trabajo psico-corporal. Esta propuesta tiene como objetivos la autoexploración para incrementar el autoconocimiento y la aceptación del cuerpo y de la propia sexualidad. Estos talleres son útiles para que las mujeres aborden el climaterio y la sexualidad, a través de un proceso vivencial y que aborda el conocimiento científico de la sexualidad en un contexto sociocultural (Barrios et al. 1993).

En lo que se refiere a la sexualidad de la mujer climatérica la mejor terapia es el mantener una vida sexual activa (con o sin pareja sexual) para lo cual es necesaria una educación sexual, desde siempre, pero si no se proporcionó antes, proporcionarla ahora, que provea de la información básica que ayude a las mujeres a tener una actitud de aceptación de su cuerpo y de su sexualidad, que facilite de aquí en adelante una vida sexual satisfactoria.

El aspecto clave en cuanto a los cambios sociales y culturales, es el problema de la educación. Educación para cambiar las actitudes de discriminación hacia las mujeres,

de negación de sus deseos y sexualidad. Educación para flexibilizar los roles de género, reconociendo que somos personas y que aun cuando somos diferentes, no somos superiores unos e inferiores las otras, que no nacemos unas para procrear y cuidar niños y otros para ejecutar trabajos remunerados. Pues la identidad femenina no es cuestión personal o individual, sino producto de la situación de subordinación social, expresión del orden patriarcal que exalta las características que se atribuyen a los hombres y desvaloriza las que se atribuyen a las mujeres; y que las mujeres incorporan a través del proceso de socialización.

La educación sexual, desde la infancia, es un aspecto que se ha descuidado. Si las personas aprenden a autoaceptarse, mediante un proceso de autoconocimiento, en cuanto a su cuerpo y su sexualidad desde la infancia, en las siguientes etapas de su vida estarán en condiciones, no sólo de aceptarse y aceptar los cambios en su cuerpo y en el de los demás, buscando creativamente el disfrute de su cuerpo y su sexualidad sin culpa y sin sentimientos de inadecuación.

Como se ha visto a través de este capítulo, el enfoque médico ha proporcionado una forma, hasta ahora la más conocida y aplicada, de abordar el climaterio, con unos riesgos que recientemente se empiezan a conocer y que la mayoría de las mujeres desconoce. Esto nos lleva a proponer que deben de ser probadas alternativas, con otros enfoques, que incluyan la información a las mujeres, para que ellas

mismas dejen de considerarse enfermas y acudan al médico a demandar hormonas, o tratamientos que alivien la supuesta enfermedad. Debemos buscar a través de las alterativas que han elaborado las feministas y las mujeres del movimiento de la salud, que las mujeres empiecen a tomar las riendas de su salud, de su cuerpo, de lo que pasa en él y en última instancia de su vida, y que estén en condiciones de decidir cómo desean vivir su climaterio.

CONCLUSIONES

En las sociedades patriarcales se han inventado diferentes estrategias para mantener bajo control a las mujeres. Uno de los controles más importantes es el que se ha ejercido sobre su sexualidad. En este trabajo abordamos la sexualidad de las mujeres climatéricas con el fin de conocerla en su complejidad y dilucidar los múltiples aspectos que están involucrados, después de lo cual encontramos que las hipótesis planteadas en la introducción se comprueban en cuanto a que:

- Si existen condiciones fisiológicas y socioculturales que afectan a la mujer climatérica.
- Si existen cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que afectan el ejercicio satisfactorio de la sexualidad en las mujeres climatéricas.
- Si existen diferencias entre las mujeres en cuanto a la manera de enfrentar la sexualidad en el climaterio, que están relacionadas con factores socioculturales como el género, además de los aspectos físicos y psicológicos.

- Si existen molestias y enfermedades de las mujeres en esta etapa de su ciclo de vida que se relacionan con los cambios físicos, psicológicos y socioculturales además de sus condiciones previas de salud.

Además de dar respuesta a nuestras hipótesis llegamos a las siguientes conclusiones:

- A partir de la revisión documental realizada concluimos que el climaterio como proceso que cubre una etapa en el ciclo de vida femenino, todavía no está suficientemente estudiado y comprendido.
- A diferencia de quienes a partir de un enfoque biomédico, tratan al climaterio y a la menopausia como enfermedades, en este trabajo se considera que el climaterio constituye un proceso caracterizado por cambios fisiológicos, afectivos y emocionales en un contexto social y cultural, que afecta a todo el organismo produciendo crisis vitales y malestares físicos, relacionados con un cambio en la identidad genérica de las mujeres.
- El climaterio debe ser considerado como un proceso complejo en donde los aspectos afectivos y emocionales, relacionados con los factores socioculturales y de género cobran importancia, de tal

manera que no puede seguirse considerando un proceso de cambios fisiológicos exclusivamente.

- Los síntomas, molestias y trastornos, sin embargo, cuando se presentan y siempre que las mujeres lo consideren necesario deben ser atendidos y tratados.

- A partir de este trabajo se considera necesario realizar más investigación en relación a la asociación que se ha supuesto entre los cambios hormonales y los síntomas climatéricos, más allá de que algunos síntomas como los bochornos, los sudores y la atrofia vaginal responden bien a la terapia hormonal. En este sentido es necesario que esa investigación se realice desde otros enfoques que abarquen la complejidad del climaterio, y que lo consideren como parte del proceso de la vida.

- En este trabajo se considera que las investigaciones sobre los aspectos psicosociales que rodean el climaterio, han sido importantes para avanzar de una explicación biomédica del climaterio a una explicación más integral que desentrañe la forma en que los aspectos fisiológicos, las relaciones afectivas y ciertos eventos en la vida de las mujeres, así como la cultura y el rol de género influyen en la forma en que las mujeres enfrentan esta etapa del ciclo de vida y que afecta su desempeño sexual.

- El rol de género, como factor sociocultural, además de factores fisiológicos, sociales y económicos, influye en la forma en que las mujeres enfrentan la sexualidad en el climaterio.

- El rol de género, en la medida que implica un ideal de madre, esposa y ama de casa para las mujeres en las sociedades patriarcales, niega el deseo y el placer sexual de las mujeres. Niega el disfrute del cuerpo, más allá de la procreación. Y restringe a las mujeres la realización personal al cuidado y atención de los otros, de tal manera que las incapacita para crearse un proyecto de vida propio, todo lo cual afecta la forma en como ejercen su sexualidad las mujeres climatéricas.

- Como se analizó en el capítulo II este modelo de madre, esposa y ama de casa, entra en crisis en el climaterio, y eso explica que para las mujeres la pérdida de la capacidad reproductiva y el hecho de que los hijos se vayan de la casa provocará una crisis de identidad genérica. Por otro lado puede verse agobiada por la atención a parientes añosos o enfermos; y problemas con la pareja como enfermedades y/o divorcio o abandono, para las cuales la sociedad no provee de alternativas y que son algunas de las causas de las depresiones de las mujeres.

- Son estos factores fisiológicos, psicosociales y culturales con el rol de género, los que están presentes durante esta etapa de la vida y que afectan el desempeño sexual de las mujeres, en el sentido de provocar dispareunia, disminuir su deseo sexual, y que en el caso de pérdida de su pareja sexual pueden privarla de la oportunidad de conseguirse otra para continuar su vida sexual.

- Las alternativas que se han propuesto hasta ahora, desde que se puso en práctica el modelo biomédico, tienen un impacto restringido y riesgos para la salud de algunas mujeres; deben investigarse y empezar a ponerse en práctica otras propuestas como las de los grupos de autoayuda, las de los grupos de terapia feminista y los grupos de orientación humanista en sexología que ya existen y en las cuales las mujeres tomen en sus manos la capacidad de decisión sobre su cuerpo y sobre la forma de tratar sus síntomas y molestias.

- Lo que se refiere en el capítulo III nos permite concluir que las mujeres son potencialmente capaces de tener una vida sexual saludable en esta etapa de su vida. Los cambios fisiológicos propios del climaterio no incapacitan por sí mismos a las mujeres para ejercitar su sexualidad. Si han tenido una vida sexual satisfactoria antes del climaterio, es muy

probable que ésta continúe. Si no la tuvieron, es posible que el climaterio las provea de un pretexto para no tener vida sexual activa y satisfactoria; pero también es posible que con la ayuda adecuada, puedan acceder a una vida sexual satisfactoria, con o sin pareja sexual.

- Los cambios que se producen en las mujeres, en su cuerpo, en las relaciones familiares y de pareja relacionadas con su rol de género, aunados a las actitudes de la sociedad hacia el climaterio van a producir una vivencia del climaterio y la menopausia que puede tener similitudes pero que también puede ser diferente para cada mujer lo cual tendrá un efecto en su expresividad sexual.
- Se requieren cambios en la educación que cuestionen la existencia de roles de género rígidos y discriminadores hacia las mujeres, para permitir que cada persona se desarrolle de acuerdo a sus necesidades y no en base a modelos creados por la sociedad patriarcal.
- Se requiere una educación sexual para toda la población que haga hincapié en los aspectos del placer sexual y no en los reproductivos; que promueva la autoexploración del cuerpo para lograr un autoconocimiento y la aceptación de que somos seres sexuales desde que nacemos, para que desde la

infancia ejercitemos nuestra sexualidad sin temor y sin vergüenza; para que en la adolescencia y la juventud se ejerza una sexualidad que produzca placer en lugar de embarazos no deseados, que los adultos disfruten de su sexualidad con responsabilidad y libertad, y las mujeres climatóricas sean vistas, al igual que los niños y los añosos, como personas con plenas capacidades y condiciones para vivir placenteramente su cuerpo.

- Las mujeres necesitan responsabilizarse de su cuerpo y de la búsqueda del placer, para ello es indispensable conocer su cuerpo y los cambios que se producen en cada etapa de su ciclo de vida. Se trata de recuperar la capacidad de decidir a partir del conocimiento y la autovaloración como personas con necesidades y un proyecto de vida propio.

- La atrofia vaginal, que es un cambio fisiológico del climaterio que afecta la actividad sexual, puede responder bien a la terapia de estrógenos, pero hasta ahora lo mejor para conservar una vagina en buenas condiciones es la actividad sexual regular, que no cambia la condición física de la vagina, pero que provee de adecuada lubricación. Por eso la masturbación es una práctica tan válida como cualquier otra, en esta o en cualquier etapa de la vida, con o sin pareja, para todas las mujeres que así lo decidan.

- Se requiere que los profesionales de la salud, cuando son consultados por mujeres climatéricas, integren en su historia clínica los aspectos relacionados con la sexualidad, siendo éste un aspecto que se olvida con frecuencia y se sabe que forma parte de la salud integral de las personas.

- De la realización de este trabajo se desprende que los trabajadores de la salud enfrentan los problemas que se les plantean con los recursos con los que cuentan, con sus enfoques y conceptos, de ahí la importancia de contar con nuevas formas de enfocar y resolver viejos problemas, para poner en práctica terapias que tomen en cuenta las condiciones físicas, psicológicas, socioculturales y de género de las mujeres y que respondan a sus necesidades.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez, G.J.L. (1990) Elementos de sexología. México: Mc.Graw Hill.
- Amengual, M. (1990) Estrogenoterapia en la postmenopausia. Balance de beneficios y riesgos. Obstetricia y Ginecología Latinoamericana. Vol. 48 No.7-9 pp. 192-203.
- Barlow, S. (1989) Manual de salud de la mujer. Daia, Group de dones. España: La sal.
- Barrios, M.D., Garcidueñas, M.I., Velasco, M.V. (1993) Módulo I Documento 1: Generalidades y conceptos básicos en el estudio de la sexualidad humana. Diplomado en Orientación e Información Sexológica. México: SOMESHI.
- Barrios, M.D. Comunicación personal. 26 de noviembre de 1993.
- Barruel, O.M. e Iñiesta, C.M. (1993) Consecuencias emocionales de la pérdida de la capacidad reproductiva en la mujer. Tesis de Licenciatura. México: UNAM.
- Beltrán, B. (1989) Siempre mujer. Ante la menopausia. Guías de Salud Salvat. España: Salvat editores.

- Berg, C.W., García, C.R., Mc.Coy N. (1987) Perimenopausal sexuality. Archives of sexual behavior, Vol. 16 No. 3 pp. 225-234.
- Beyene, Y. (1986) Cultural significance and physiological manifestations of menopause: A biocultural analysis. Culture, Medicine and Psychiatry, No. 10 pp. 47-71.
- Blumel, M.J.E., Cubillas, R.M., Brandt, A.A.(1990a) Relaciones entre el nivel socioeconómico y la edad de la menopausia. Cuadernos médico-sociales, Vol. 31 No. 2 pp. 54-57.
- Blumel, M.J.E., Brandt A.A., Garabagno C.A., Cubillas R.M., Lozano S.A. (1990b) Mujeres postmenopáusicas: Cambios de los lípidos plasmáticos con distintas terapias estrogénicas de remplazo. Revista Médica de Chile, Vol. 118 No. 4 pp. 382-387.
- Bolaños, E.M., González, D. M.D., Jiménez, S.M., Rodríguez, M.O.M.I., Vega S.T. (1988) Nuestra sexualidad. Colectivo Harimaguada. Tenerife: CICEC Tamonante.
- Brenes, M.M., Castro, P.S., Pinto, L.R. (1990) Mujer y depresión en Memorias del Seminario "Mujer, violencia y poder". pp. 9-14 Universidad de Costa Rica.
- Burín, M. (1987) Estudios sobre la subjetividad femenina. Argentina: Grupo Editor Latinoamericano.
- Burín, M. (1991) El malestar de las mujeres. México: Paidós.

- Butler, R.N. y Lewis, M. (1988) Amor y sexualidad después de los 40. España: Ediciones Martínez Roca.
- Carranza, L.S., Kably, A.A., Santos, G.J. (1991) Menopausia, una época crítica en la vida. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 60 pp. 171-174.
- Casamadrid, P.M.E.J. (1986) La mujer, sus síntomas y actitudes en la fase de climaterio. Tesis de Maestría. México: UNAM.
- Castaldi, G.M., González, Z.G., Villalobos, L.M. (1992) Estudio del nivel cognoscitivo ambiental sobre el climaterio, en un sector de la población. Ginecología y Obstetricia de México. Vol.60 Supl. 1 pp. 70-71.
- Castuera, I.A. (1993a) La bisexualidad o la no preferencia. Tesis para obtener el Título de Maestro en Ciencias Sexológicas. México: SOMESHI.
- Castuera, I.A. (1993b) Especialidad en terapia sexual. Notas. México: SOMESHI.
- Channon, L.D. y Ballinger, S.E. (1986) Some aspects of sexuality and vaginal symptoms during menopause and their relation to anxiety and depression. British Journal of Medical Psychology. Vol. 59 pp. 173-180.

- Danforth, D.N. (1987) Tratado de Obstetricia y Ginecología. México: Edit. Interamericana pp. 167-175.
- Dio, B. E. (1989) El feminismo espontáneo de la histeria. España: Fontamara Cap. 1.
- Dio, B. E. (1992) La depresión en la mujer. España: Ediciones Temas de Hoy. Cap. 1, 3, 6, 7.
- Ehrenfeld, L.N. (1989) El ser mujer: Identidad, sexualidad y reproducción en Trabajo, Poder y Sexualidad. México: El Colegio de México. pp. 383-387.
- Englander, B.C. (1993) El climaterio: aspectos psicológicos en mujeres y hombres. Tesis de Licenciatura. México: UNAM.
- Garcidueñas, M.I. (1993) Sexualidad infantil. Trabajo de Investigación Documental para obtener el Título de Maestra en Ciencias Sexológicas. México: SOMESHI.
- Gómez, G.F. (1991) La osteoporosis postmenopáusica en México. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 59 pp. 122-129.
- González, G.O.V., Martínez, V.N., Rodríguez, M.G., Ancer R.J. (1992) Patrón de envejecimiento vascular del ovario postmenopáusico. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 60 pp. 1-3.

- González, S.R. (1994) Comunicación personal, 17 de enero de 1994.
- Gotwald, W.H.Jr. y Holtz, G.G. (1983) Sexualidad : La experiencia humana. México: El Manual Moderno. Cap. 1 y 10.
- Herrera, P.M.C. (1993) Módulo III.- Documento 19: Sexualidad en la persona añosa. Diplomado en Orientación e Información Sexológica. México: SOMESHI.
- Hilton, P. (1988) Urinary incontinence during intercourse: A common, but rarely volunteered symptom. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. Vol. 95 pp. 377-381.
- Hite, S. (1988) El Informe Hite Estudio sobre la sexualidad femenina. España: Plaza y Janes Editores.
- Huerta, G.L.A. (1992) Climaterio. en La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud. México: Dir. Gral. de Salud Materno Infantil.
- Horer, S. (1981) La sexualidad de las mujeres. España: GEDISA.
- Katchadourian, H.A. (1984) La sexualidad humana. Un estudio comparativo de su evolución. México: FCE Cap. 1.

- Kaufert, P.A. y Gilbert, P. (1986) Women, menopause and medicalización. Culture, medicine and psychiatry. No. 10 pp. 7-21.
- Krymskaya, M. (1991) El período climáterico. Moscú: Edit. Mir.
- Kunhard, R., Rodríguez, C., Contreras Ch. C., Río de la Loza, C.M.F., Karchmer S. (1991) Eficacia y seguridad del Veralipride contra placebo en el tratamiento del Síndrome Climáterico. Perinatología y Reproducción Humana. Vol. 5 No. 1 pp. 21-27.
- Ladas, A.K., Whipple, B., Perry, J.D. (1983) El punto G y otros descubrimientos sobre la sexualidad. México: Grijalbo.
- Lagarde, M. (1990) Cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas. Cap. XIII. México: UNAM.
- Lange, Marie (1988) Maternidad y sexo. México: Paidós. pp. 224-235.
- Leiblum, S.R. (1990) Sexuality and the midlife woman. Culture, Medicine and Psychiatry. No. 10 pp. 495-508.
- Lewis, J. (1993) Feminism, The Menopause and Hormone Replacement Therapy. Feminist Review. No. 43 pp. 38-56.

- Lock, M. (1986) Introducción. Culture, Medicine and Psychiatry. No. 10 pp. 1-5.
- Marques, J.V. y Osborne, R. (1991) Sexualidad y sexismo. España: Fundación Universidad-Empresa. Parte segunda, Capítulo 1.
- Masters, W.H. y Johnson V.E. (1978) Respuesta Sexual Humana. Argentina: Intermédica.
- Martin, M.C., Block, J.E., Sánchez, S.D., Arnoud, C.D., Beyene, Y. (1993) Menopause without symptoms: The endocrinology of menopause among rural Mayan Indians. American Journal Obstetric and Gynecology. Vol. 168 pp. 1839-1845.
- Mc.Coy, N., Cutler, W., Davidson, J.M. (1985) Relationship among sexual behavior, hot flashes and hormone levels in perimenopausal women. Archives of sexual behavior. Vol. 14 pp. 385-394.
- Mc.Kinlay, J.B. Mc.Kinlay, S.M., Brambilla, D. (1987) The relative contributions of endocrine changes and social circumstances to depression in mid-aged women. Journal of Health and Social Behavior. Vol. 28 pp. 245-363.
- Mishara, B.L. y Riedel R.G. (1986) El proceso de envejecimiento. España: Morata. Cap. 5.

- Morokoff, P.J. (1988) Sexuality in perimenopausal and postmenopausal women. Psychology of woman Quarterly, No. 12 pp.489-511.
- Robles, U.F.(1991) Climaterio en Ginecología y Obstetricia. México: Asoc. de Médicos del Hospital de Ginecobstetricia No.3 del IMSS Asoc. Civil.
- Rowbotham, Sh. y Weeks, J. (1978) Dos pioneros de la revolución sexual: Edward Carpenter y Haverlock Ellis. España: Anagrama pp. 159-208.
- Ruíz, D.J.R. (1989) Climaterio: Criterios actuales, en Temas Selectos en Reproducción Humana. México: Instituto Nacional de Perinatología. pp.789-802.
- Saez, B.C. (1988) Grupos de Terapia de Orientación Feminista para Amas de Casa con Depresión. En Sobre Mujer y Salud Mental, España: La sal. pp. 81-98.
- Santos, G.J., Murillo, V.A., Ascencio, G.D., Sauer, R.R. y Chávez, A.J. (1992) Valoración integral de 745 mujeres durante el climaterio. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 60 Supl. 1 pp. 72-73.
- Schneider, S. (1991) Menopausia: La otra fertilidad. España: Ediciones Urano.

- Sheehy, G. (1993) La menopausia: El pasaje silencioso. Barcelona: Plaza y Janes.
- Sporrang, T., Helgren, M., Samsioe, G. y Mattison, L.A. (1988) Comparison of four continuously administered progestogen plus oestradiol combinations for climacteric complaints. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. Vol. 95 pp. 1042-1048.
- Versi, E., Cardozo, L., Brincat, M., Cooper, D., Montgomery, J. y Studd, J. (1988) Correlation of urethral physiology and skin collagen in postmenopausal women. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. Vol. 95 pp. 147-152.
- Voda, A.M. (1992) Menopause: A Normal View. Clinical Obstetrics and Gynecology. Vol. 35 No. 4 pp. 923-935.
- Walling, M. Andersen, B.L., y Johnson, S.R. (1990) Hormonal replacement therapy for menopausal women: a review of sexual outcomes and related gynecologic effects. Archives of Sexual Behavior. Vol. 19 No.2 pp. 119-135.
- XI Censo General de Población y Vivienda 1990. INEGI.