

## REALIDADES Y MITOS SOBRE LA SALUD Y LA SEXUALIDAD EN LA MADUREZ FEMENINA

Georgina Sánchez Ramírez

Investigadora de la Línea de Género y Políticas Públicas / Área de Sociedad Cultura y Salud

EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR

### INTRODUCCIÓN

En México al igual que en otras partes del mundo, persiste la mala información sobre sexualidad (Makay, 2004 y Arteaga: 2002) además de restringirse generalmente a la gente joven, heterosexual, o si se trata de gente mayor, se enfoca a los varones a quienes los efectos de la edad se les atribuyen como *interesantes* (Moncarz, 1999: 33-39) con toda una parafernalia médica en busca de la *erección perpetua* una vez que la edad ha provocado cambios en su fisiología genital, de cara siempre a la conquista de inocentes y lozanas doncellas que no cuestionen su impericia erótica.

En torno a la sexualidad de las mujeres en la madurez, persisten los mitos tales como la falta de apetito sexual, el desprecio por un cuerpo biográfico que habla de batallas y logros sin artificios, el desinterés o la mirada despectiva sobre aquellas mujeres que se atreven y reviran hacia la búsqueda del deseo erótico y del placer sobre sus propios cuerpos, de la mano de su actual pareja o en busca de mejores horizontes (Rosales, 2005: 171-200; Rostosky & Travis, 1999:181-209 y Barberá, 1996: 237-251), dejando de lado que las sociedades occidentalizadas dan por sentado que el placer erótico-sexual es una puerta del paraíso que no admite público femenino de más de cincuenta, principalmente porque se consideran sinónimos sexualidad y coito heterosexual (Sánchez, 2000:419-453).

Lo anterior ha tenido su fundamento en el desconocimiento sobre los sucesos que son parte de la entrada a la “mediana edad” de las mujeres: la menopausia y el climaterio<sup>1</sup>, eventos con los que culmina la reproducción biológica de las mujeres y comienza el paulatino envejecimiento corporal. A los varones también les ocurren cambios que marcan la transición entre madurez y envejecimiento, existe una inevitable disminución de la erección y la producción de espermatozoides, se incrementa el riesgo de cáncer de próstata, entre otras enfermedades, pero todo ello, se considera un factor

---

<sup>1</sup> Según datos de la Secretaría de Salud la Menopausia o último período menstrual ocurre en las mexicanas en promedio a los 49 años de edad y el Climaterio es todo el proceso de cambios antes y después de dicho suceso (de los 40 a los 65 años de edad aproximadamente) (SSA, 2001)

de suerte o un “suceso natural” del proceso de envejecimiento masculino (Mora, 1996: 271-283), y no está cargado de tantos estigmas como en el caso de las mujeres (véase Sánchez, 2005:49-76).

Sin embargo ¿qué piensan las mujeres maduras contemporáneas sobre el cuerpo femenino; qué hace que tengan expectativas diferentes; influyen cuestiones como la clase social; se atreven a pensar diferente a lo que se da por sentado respecto a la sexualidad femenina de las *chicas de oro* (más de cincuenta); cómo ven sus propios cuerpos y el cuidado de su salud en esta etapa; qué hace que se acerquen más a los mitos y se alejen de sus propios saberes?

La presente investigación es una fotografía instantánea de más de cien mujeres maduras de tres regiones de México (Estado de México, Veracruz y Chiapas) quienes aceptaron de forma voluntaria a participar en talleres con información sobre la menopausia y el climaterio, en cuyos contenidos había un apartado específico sobre sexualidad, y aunque sus voces fueron encuadradas en las inflexibles interpretaciones de la estadística, muestran el panorama de una realidad irreducible.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### ***LA MUESTRA***

En el estudio, participaron ciento treinta y ocho mujeres, (treinta y seis del Estado de México, doce de Veracruz, y noventa de Chiapas). De estas ochenta y una eran de estrato medio (con recursos económicos propios, redes sociales de apoyo, servicios de salud, elementos considerados como de empoderamiento) y cincuenta y siete de estrato bajo (escasos recursos económicos, sin servicios de salud garantizados, pocas redes sociales de apoyo, etcétera.); todas ellas se encontraban entre los 40 y 60 años de edad, siendo 47 la edad promedio. No fue una muestra probabilística, sino que se incluyeron mujeres que voluntariamente quisieron colaborar en el estudio, integrantes de la Red de Mujeres, A. C. y las que se enteraron por medio de carteles pegados cerca de los Centros de salud, tiendas, etcétera.

Esta investigación es parte de un proyecto mayor que fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONACYT) y la Agencia Española de Cooperación Internacional, con una duración de total de cuatro años (de noviembre de 2003 a noviembre de 2007).

## MÉTODO

A las mujeres participantes se les impartieron talleres sobre la salud, la sexualidad y la calidad de vida durante el climaterio<sup>2</sup>, separadas en grupos según el estrato social al que pertenecían, en las diferentes regiones en las que se intervino a lo largo de los dos años de trabajo de campo. El contenido de cada una de los talleres era el siguiente:

### 1. Mujeres maduras

- a. La edad adulta. Características biopsicológicas.
- b. El contexto en que vivimos: Aspectos sociales.
- c. Los roles femeninos. Situación en distintas etapas.
- d. Algunos retos de esta etapa.

### 2. Cuidar nuestro cuerpo. Qué sucede si nos cuidamos y si no nos cuidamos

- a. El cuerpo y la identidad personal. Autocuidado y calidad de vida.
- b. El climaterio, cuidados específicos.
- c. Prevención de enfermedades ginecológicas, sexuales, cardíacas, cerebrovasculares, obesidad, osteoporosis, diabetes, tensión arterial, higiene bucal.
- d. Alimentación-Actividades físicas-Relajación.

### 3. Con una misma, con los demás y hacia adelante

- a. Concepto de salud.
- b. Recursos para el bienestar de las mujeres.
- c. Autoestima y Asertividad.
- d. Las relaciones en esta etapa (familia, amistades).
- e. Relaciones de pareja (sexualidad, desvinculación, nuevos vínculos).
- f. Las emociones (el manejo del estrés, el enfado y la depresión).
- g. Vivir desde sí (proyecto de vida gratificante).

Esta propuesta pretendía reforzar la capacidad de afirmación y asertividad de las mujeres, potenciando el trabajo colectivo, a través de la creatividad y la permanente acción reflexión investigación desde la pedagogía feminista (Rodríguez, 2000; Breen, 1999: 25-32 y Flores y Reyes, 1997) dotando de información sobre esta etapa en la que atraviesan las mujeres que se encuentran entre los 40 y los 55 años de edad. De esta manera se cumple con el principio ético de devolver a los participantes algo a cambio de la información que proporcionan (Dominelli y Macleod, 1999) bajo la modalidad de taller.

---

<sup>2</sup> El contenido en extenso del programa diseñado para trabajar con las mujeres se puede obtener en la web dentro de la siguiente dirección: <http://www.menopausiabien.org/>

Lo anterior se relaciona con la participación en el sentido de “tomar parte del proceso”, sabiendo de antemano que la intervención generará cambios en el entorno en el que se está trabajando, pero que debe en todo momento dotar de elementos a las personas que participan en el grupo para que incrementen su capacidad de afirmación, en un proceso dinámico de retroalimentación en su propio beneficio que a su vez sea útil para los fines de la investigación.

Las técnicas o métodos educativos que se emplearon fueron el de Grupo de Investigación de aula, útil para abordar objetivos y contenidos del área afectiva de la persona, aunque también de conocimientos, creencias y habilidades, el de Técnicas de Análisis, que sirve para trabajar las habilidades cognitivas —análisis, síntesis, valoración de situaciones, etcétera— a través de técnicas de relajación y reflexión para realizar debates o resúmenes, etcétera y otros métodos de aula y fuera del aula, opciones muy abiertas, sugeridas sobre todo para trabajos en zonas rurales o semiurbanas —distintos tipos de trabajos en grupos, ejercicios de juegos, modelos de pasta, rompecabezas, etcétera— (SEGO/AEEM/Centro Cochrane Iberoamericano/SEMFYC, 2004; García, 1996:245-250; Pérez y Echaury, 1996; Lozano, 1992).

La estructura final de cada una de las sesiones se dejó a consideración de la persona responsable de la instrucción, ya que ello dependía del número de horas al día que durará cada sesión, el tamaño del grupo, y la capacidad de trabajo del colectivo, por tanto, la carta descriptiva era una guía que se adaptaba de acuerdo a las necesidades de cada colectivo con el que se trabajó, bajo la secuenciación de actividades para facilitar el aprendizaje, siguiendo los pasos propuestos por Pérez y Echaury (1996: 21-36): “Que el propio grupo aumente la conciencia de su realidad (cómo soy—cómo estoy—cómo me siento), que el grupo reelabore su realidad (lo que pienso y siento ¿es normal o inmutable?), que el grupo valore y decida si desea actuar o no sobre su realidad de acuerdo a su propia experiencia”.

## **EVALUACIÓN**

Se evaluaron las preferencias para cuidar su salud en esta etapa, así como los mitos y conocimientos en torno a las mujeres de estas edades a través de cartas con dibujos<sup>3</sup> a colores y textos que contenían las preguntas escritas (doce cartas, una para cada *ítem*). En los casos en los que las mujeres no manejaban la lectoescritura se les leían las dos posibles respuestas y se guiaban por los dibujos para emitir su respuesta final. Se interrogó a cada mujer por separado antes de iniciar la primera sesión, dándoles como opciones las seis cartas de respuestas correspondientes a cada enunciado, de las

---

<sup>3</sup> Las ilustraciones fueron obras de la pintora Kiki Suárez quien donó la impresión de las imágenes sin afán de lucro.

cuales ellas eligieron las tres de su preferencia cada vez. El primer enunciado correspondía a hábitos de vida saludables en la menopausia:

**I.- Elegir tres cosas con las que vivo mejor mi menopausia:**

- (1) No fumar, ni beber alcohol y café en exceso.
- (2) Hacer ejercicio y comer más frutas y verduras.
- (3) No quedarme sola en casa, no hablar con nadie.
- (4) Hacerme un chequeo médico al menos una vez al año.
- (5) Hablar con mis amigas y mis hermanas sobre lo que me está sucediendo.
- (6) No angustiarme porque ya no soy joven y ya no serviré para nada.

El análisis se basó en los porcentajes de respuestas para cada una de las seis alternativas sobre cómo vivir mejor la menopausia y se hizo una comparación entre los porcentajes obtenidos en los dos estratos mediante pruebas de independencia de  $\chi^2$  (chi-cuadrado).

El segundo enunciado pretendía conocer acerca de los mitos y saberes relacionados con la salud de las mujeres maduras:

**II.- Señalar tres mitos o saberes relacionados con la salud de las mujeres maduras:**

- (1) La mujer ya no es una buena para tener relaciones amorosas.
- (2) Las mujeres están más histéricas en esta etapa.
- (3) Una mujer madura ya no es bella.
- (4) Cuidando con amor mi cuerpo, enfrento serenamente los cambios.
- (5) Las mujeres maduras son valiosas por todas sus experiencias.
- (6) Mi médico o médica me debe informar, pero sobre mi cuerpo decido yo.

Las respuesta elegidas en esta segunda pregunta se analizaron de acuerdo a los porcentajes de preferencia por cada una de las opciones de mitos o saberes según el estrato de pertenencia de las mujeres y posteriormente, se sometieron a un análisis factorial para resumir la información expresada en las 6 alternativas pero utilizando una menor cantidad de variables llamadas factores, (Agresti, 1990: 79-129). Otra ventaja es que es mucho más fácil e intuitiva una representación gráfica en menos dimensiones que en las seis dimensiones originales.

## **RESULTADOS**

Respecto a la primera pregunta Sobre *La forma de vivir mejor la menopausia* en donde el análisis se basó en el cálculo de porcentajes de respuesta para cada una de las seis alternativas de cada pregunta diferenciándose por estratos (EM=estrato medio y EB=estrato

bajo) mediante pruebas de independencia de  $\chi^2$  (chi-cuadrado), los porcentajes de respuesta fueron los siguientes de acuerdo a lo que se aprecia en el cuadro I.

Cuadro I

Porcentajes de respuesta de acuerdo a las tres cosas con las que vivo mejor mi menopausia

Opción	Estrato		Total Global	Valor de p
	Medio (%)	Bajo (%)	(%)	(significancia +)
1) No fumar, ni beber alcohol y café en exceso	20	23	21	0.67
2) Hacer ejercicio y comer más frutas y verduras	84	98	88	0.05*
3) No quedarme sola en casa, y no hablar con nadie	12	18	14	0.39
4) Hacerme un chequeo médico al menos una vez al año	84	81	83	0.62
5) Hablar con mis amigas y hermanas sobre lo que me está pasando	53	74	62	0.01**
6) No angustiarme porque soy joven y ya no serviré para nada	48	11	33	0.00**

(+) Significancia en la prueba de independencia entre estratos Chi-cuadrado:  
 \* Diferencias al 5% de significancia  
 \*\* Diferencias al 1% de significancia

Fuente: resultados del trabajo de campo de la investigación (según estrato social).

De acuerdo con estos resultados en cuanto a preferencia de hábitos saludables en esta etapa de la vida de las mujeres, vemos que la opción más elegida fue *Hacer ejercicio y comer más frutas y verduras* la cual se relaciona con hábitos que se sugieren con frecuencia en la radio y la televisión; ahora bien la mayor preferencia de las mujeres de Estrato Bajo (EB) frente a las mujeres de Estrato Medio (EM) se puede atribuir a que es algo propio de su cotidianidad ya que ellas mismas refirieron en los talleres que la escasez de recursos económicos los limita la compra e ingesta de proteínas de origen animal, además de que caminan extensas distancias por los problemas de transporte público (propio de las regiones de estudio), mientras que las mujeres de EM refirieron que suelen caminar menos, aplazar la asistencia a gimnasios y polideportivos y una mayor inclusión de productos cárnicos y carbohidratos en sus dietas.

Respecto a la segunda opción más elegida que fue la de *Hacerse un chequeo médico al menos una vez al año*, no hay una diferencia significativa entre estratos. Se puede decir que, las mujeres están más conscientes de que en esta etapa de su vida, deben extremar los cuidados de su salud, no obstante esto queda determinado por los servicios sanitarios con los que se cuente, ya que en México, la generalidad de la población femenina mayor no es beneficiaria de los servicios de salud (INEGI, 2001) y quienes

cuentan con los servicios, no necesariamente acuden por problemas relacionados con la calidad de la atención de los mismos (Sánchez, 2004a:33-42).

La tercera opción más elegida fue la de *Hablar con mis amigas y hermanas sobre lo que me está pasando*, en donde las mujeres de Estrato Bajo (EB) mostraron mayor preferencia respecto a las del Estrato Medio (EM). Esto se puede entender en una capa de la población en los que los problemas con la lectoescritura son severos, y porque el idioma castellano fue transmitido de manera oral en estas culturas; se conjugan entonces dos factores que propician la comunicación verbal entre mujeres lo cual de acuerdo con Acevedo y colaboradores, puede ser una buena estrategia de transmisión de conocimientos y prácticas saludables entre mujeres de distintas generaciones (Acevedo et al., 2007:4).

La opción número seis que se refiere a *No angustiarme porque ya no seré joven y ya no serviré para nada* fue elegida en mayor proporción por las mujeres de estrato medio, coincidiendo con sus opiniones a lo largo de los talleres en donde manifestaron una menor preocupación frente a la edad a diferencia de las mujeres de estrato bajo cuyas necesidades de subsistencia se incrementan con la edad al no tener autonomía (ni económica ni personal), esto último ya se había corroborado en una investigación anterior con mujeres de las mismas regiones ( véase Sánchez, 2004b:59-68).

El hecho de que las dos opciones menos elegidas hayan sido *No fumar ni beber alcohol ni café en exceso* y *No quedarme sola en casa ni hablar con nadie*, también aporta elementos de la cultura en la que viven las mexicanas, en un país en el que pocas mujeres mayores fuman (menos aún en estratos bajos) y el alcohol y el café están socialmente reconocidos como hábitos nocivos para la salud, por tanto, al menos discursivamente se sabe que son elementos de los que hay que prescindir. Lo de *No salir a la calle o no hablar con nadie* se contrapone a la opción de *Hablar con mis amigas y hermanas sobre lo que me está pasando*, cuya preferencia ya fue explicitada.

La segunda y última pregunta consistía en “Señalar tres mitos o saberes relacionados con la salud de las mujeres maduras” eligiendo tres opciones (con las que estuvieran de acuerdo o que escucharan con más frecuencia sobre las mujeres climatéricas) de las seis que se les daba a escoger como ya se dijo anteriormente en la metodología.

#### Mitos:

- (1) La mujer ya no es una buena para tener relaciones amorosas.
- (2) Las mujeres están más histéricas en esta etapa.
- (3) Una mujer madura ya no es bella.

#### Saberes:

- (4) Cuidando con amor mi cuerpo, enfrente serenamente los cambios.

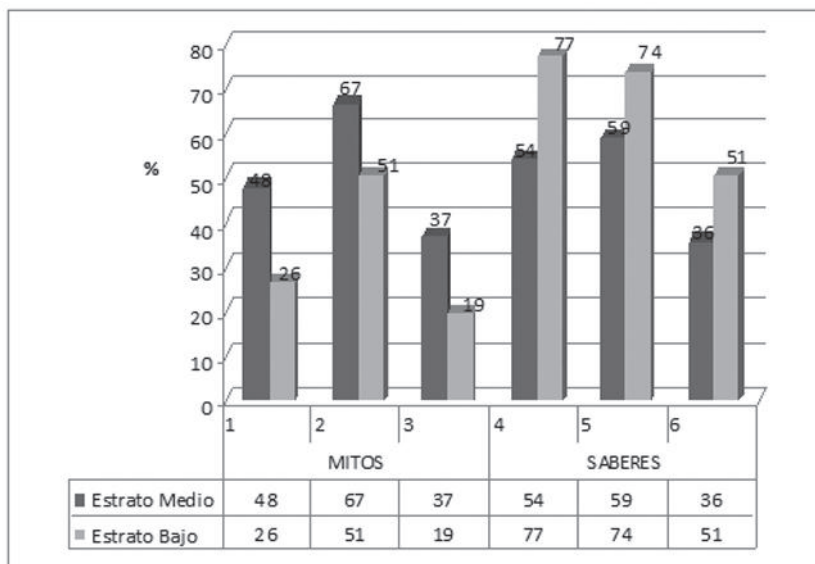
(5) Las mujeres maduras son valiosas por todas sus experiencias.

(6) Mi médico o médica me debe informar, pero sobre mi cuerpo decido yo.

Los porcentajes de respuesta por estratos para cada una de estas opciones se pueden apreciar en la gráfica 1.

Gráfica 1

Porcentajes de elección de cada una de las opciones de mitos y saberes según estrato de las participantes

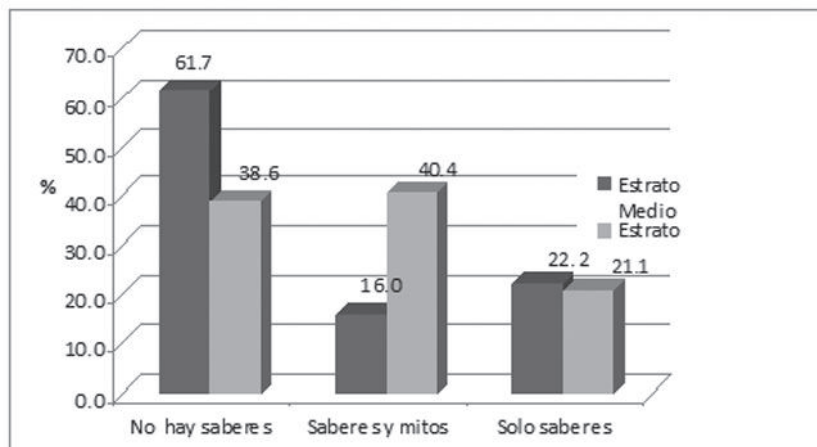


Fuente: Resultados con base en el trabajo de campo de la investigación

En esta gráfica, se observa que las opciones correspondientes a mitos tienen porcentajes más altos para las mujeres de estrato medio, mientras que los saberes tienen porcentajes más bajos para este estrato. Indistintamente del estrato las opciones preferidas fueron el mito (2) de *Las mujeres están más histéricas en esta etapa* y los saberes (4) *Cuidando con amor mi cuerpo enfrente serenamente los cambios* y (5) *Las mujeres maduras son valiosas por todas sus experiencias*. Asimismo, es interesante observar como a pesar de que hay un gran mito avalado por médicos y compañías farmacéuticas respecto a la disminución del apetito sexual femenino en la madurez (Rosales, 2005:173-174) la opción 1 de *La mujer ya no es una buena para tener relaciones amorosas*, no fue de las más elegidas por ninguno de los dos estratos.

Se realizó un análisis factorial con estas seis opciones relacionadas con mitos y saberes reconfigurándose en tres grupos para hacer más sencilla la explicación distinguiéndose por estratos, los resultados pueden apreciarse en la gráfica 2.





Fuente: Resultados con base en el trabajo de campo de la investigación

Las mujeres de estrato medio presentan una tendencia muy marcada a escoger la categoría denominada “no hay conocimiento”, lo cual no sucede con la misma intensidad en las mujeres de estrato bajo. Estos resultados ponen de manifiesto que si bien las mujeres de estrato medio tienen mayores recursos económicos para enfrentar de mejor manera los cambios de la madurez como ya se mencionó anteriormente, también están más propensas a escuchar comentarios negativos respecto a esta etapa de sus vidas, evidenciando que la presión social del entorno en que viven valora de manera diferencial el envejecimiento masculino y el femenino, descalificando a las mujeres más que a los varones, en cuanto a su apariencia física su estado anímico y su atractivo sexual en la madurez, como lo documentan algunas autoras tales como Lagarde (2000); Rostosky.& Travis (1999: 181-209); Moncarz (1999:33-38); Bagsalia (1983) y Greer (1993), entre otros.

No obstante, en ambos estratos el mito más señalado fue el de *Las mujeres están más histéricas en esta etapa* lo que revela el persistente prejuicio respecto a la etapa del climaterio femenino, a pesar de que estudios recientes descartan una relación bioquímica entre climaterio y depresión (Ardí & Kuh, 2002: 1975-1988; Denenestein *et al*, 1993: 232-236; Schmidt & Rubinow, 1991: 844-852;) se sigue atribuyendo a la variación hormonal un sinnúmero de acontecimientos que están más relacionados con cambios en esta etapa en la vida de las mujeres por su entorno personal y sociocultural y donde los cambios fisiológicos por el climaterio son solamente un agregado más en el compendio de transformaciones sufridas en este peldaño de la escalera del ciclo vital femenino, dejándose de lado lo beneficioso que resulta tener conceptos positivos en torno a la menopausia y el climaterio tal y como lo demuestran Leidy & Espinosa (2003: 93-106), en un estudio realizado con mujeres del estado de Puebla, México, (detectaron que las

mujeres que tenían mayores temores y mitos respecto al proceso de madurez, presentaban una sintomatología más severa en el climaterio).

La positividad con que se puede vivir la madurez fue reconocido por las propias mujeres al elegir en gran medida las opciones de saberes 4 y 5 (*Cuidando con amor mi cuerpo enfrente serenamente los cambios* y *Las mujeres maduras son valiosas por todas sus experiencias*, respectivamente). Esto resalta la importancia de trabajar la salud desde el enfoque de género (como otra dimensión del cuerpo y todas sus representaciones), ya que son precisamente esas actitudes las que deben reforzarse tanto en las mujeres como en el resto del entorno social, promoviendo un mayor respeto, reconocimiento y cuidado de la salud en la madurez dentro de una sociedad que cada vez envejece más (Dueñas, 2001: 77-101 y Dos Reis y Rafael, 1999: 40-52).

## **Discusión**

Es indispensable deconstruir la imagen de la madurez femenina, lejos de estereotipos juvenilistas (Pelcastre, 2005:158-159) que sólo fomentan el mercado de consumo (para las clases sociales medias) o de decrepitud o inutilidad (para las clases más bajas), de tal manera que cada una de las etapas de la vida se considere como importante en sí misma de acuerdo a las expectativas, logros y potencialidades de las mujeres, incluido el cuidado y amor a su cuerpo y el ejercicio de su sexualidad, sin distinción de clase social.

Por otro lado, es importante mencionar que contrario a el repetido discurso de la falta de apetito sexual en las mujeres maduras, las mujeres de este estudio sin distinción de estratos sociales, mostraron su preferencia hacia frases como: *cuerpos cuidados con amor, buenos para tener relaciones amorosas, valor por sus experiencias en la madurez*, lo cual nos remite a repensar qué se entiende por sexualidad. De acuerdo a López-Sosa (2003:47) para abordar el tema de la sexualidad de las mujeres es necesario trascender al menos dos problemas que han prevalecido en las investigaciones sobre el tema: primero, que en la mayoría de los estudios aplican modelos fundamentados en lo que se conoce de la sexualidad del varón extrapolándolo a la sexualidad femenina y segundo, que no toman en cuenta que el proceso de sexuación es evolutivo y biográfico, por tanto, la vivencia de la sexualidad en las mujeres mayores, dependerá de lo que hasta ese momento ha sido su vida, pero también de sus expectativas y deseos de intimidad.

La autora Germaine Greer es muy contundente respecto a las causas que pueden propiciar la disminución del apetito sexual, principalmente en las mujeres mayores que llevan mucho tiempo unidas a la misma pareja:

Una mujer no está autorizada a vetar su vagina y buscar placer por medios más seguros en ningún momento de su vida. Si forma parte del numeroso grupo de mujeres que han sido folladas cuando querían ser acariciadas, a quienes se ha ofrecido sexo cuando lo que buscaban era ternura y afecto, difícilmente cabe esperar que se alegre ante la perspectiva de seguir recibiendo nuevas dosis de lo mismo hasta que la muerte la separe de su destino (Greer, 1993: 332).

Sin lugar a dudas, muchas mujeres cuentan con un compañero o compañera con quien pueden vivir plenamente cada una de las etapas de su ciclo vital, sin embargo, no es lo común a todas las mujeres; generalmente la negación a practicar el acto sexual se valora por los profesionales como un síntoma que hay que “aliviar”, y no como una respuesta racional. Incluso en el extremo de algunos casos, se justifica como una causa de abandono a la mujer por parte de la pareja.

Coincidiendo con Kanaly & Berman (2003: 1-9) y Tevar, *et al.*, (2004:87-91) antes de tomar cualquier medida respecto a la “disfunción sexual femenina”, es necesario conocer los múltiples factores biológicos, psicosociales, emocionales, etcétera que pueden estar influyendo en la determinación de las mujeres de no tener relaciones sexuales, o no tenerlas en la misma frecuencia o de la misma manera que en otros momentos de su vida, y desde luego ampliando el concepto de relaciones sexuales más allá del acto de penetración coital, lo cual implicaría una transformación también en la concepción cultural hegemónica y patriarcal de sexualidad (Rubin, 1989: 129-144)

## CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo contribuyen a resaltar la importancia de trabajar la salud, la sexualidad y el bienestar integral desde el enfoque de género, ya que debe reforzarse el conocimiento sobre la madurez tanto en las mujeres como en el resto del entorno social; promoviendo, imágenes de mayor respeto, reconocimiento y cuidado de la salud en la sociedad en la que cada vez seremos más y mayores, en la que persiste la imagen de las mujeres con una única identidad reconocida: la de ser madres, por ende su salud, sus expectativas y su sexualidad se siguen subsumiendo a la etapa reproductiva. Las preocupaciones que señalan las mujeres maduras son diversas; pero cuestionan la estructura de la sociedad que excluyen de la vida productiva a las mujeres por su edad y de los sistemas de reconocimiento y prestigio por su apariencia, entrampándolas en un doble juego independientemente del estrato social de pertenencia; siempre hay la posibilidad de socavar a las mujeres.

El temor que las mujeres pueden experimentar hacia la madurez y el envejecimiento, está fuertemente vinculado con la incertidumbre respecto a la vida futura, como ya se mencionó anteriormente, aspecto que en las mujeres cuya situación económica es precaria, o no cuentan con el apoyo de redes familiares, ni pensión, ni jubilación, se puede convertir en un verdadero sentimiento de terror hacia lo que ha de venir —producto de la reflexión personal, sin necesidad de desajustes hormonales que lo propicien— Rodríguez (2000:105) menciona que si las mujeres no cuentan con recursos económicos —ni redes de apoyo— conforme va incrementando su edad, descubrirá con gran desencanto que comienza a hacerse invisible a los ojos del mundo que la rodea.

No se sabe qué podría significar la madurez, si las mujeres en ese momento en vez de perderlo todo, adquiriesen poder y prestigio, conjuntamente con un reconocimiento de sus quehaceres, responsabilidades y conocimientos por parte del entorno social, seguramente, no habría cabida para mitos, desconocimientos y prejuicios en torno al cuidado de la salud. Habría una real aceptación de los cambios en sus cuerpos (por sí mismas y por el entorno), dignificándose con ello todas las posibilidades que caben en la vida madura.<sup>4</sup>

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Acevedo A. (compilador), 2007, *Palabras que cobran vida*, Instituto de liderazgo Simon de Beauvoir A.C. México, pp. 110.
- Agresti A., 1990, “Models for binary response variables”, en *Categorical data*, University of Florida, pp. 79-129.
- Arteaga, B., 2002, *A gritos y sombrerazos: historia de los debates sobre educación sexual en México 1906-1946 México*, Universidad Pedagógica Nacional; Miguel Ángel Porrúa.
- Bagsalía F., 1983, *Mujer, locura y sociedad. México*, Universidad Autónoma de Puebla, Puebla.
- Barberá E, La Fuente M., 1996, “Procesos de sexuación e implicaciones de género en la vida adulta”, en Fernández J. (compilador) *Varones y Mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*, Pirámide, España, p. 237-251.
- Breen M., 1999, “Historias de mujeres en la madurez. Aprendiendo a escuchar, escuchando para aprender”, en: Gómez A. *La revolución de las canas, Cuadernos Salud/4*, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Chile, p.25-32.
- Dennestein L. Smith A., Morce C., Burger H., Green A., Hoper J., y Ryan M., 1993, “Menopausal symptoms in australians women”, en *The Medical Journal of Australia*, núm. 159, pp.232-236.

<sup>4</sup> Agradecimientos: Al M.C. Ricardo Alvarado por el diseño y tratamiento estadístico de los datos y a la Lic. Norby Verónica Pérez López en la asistencia a la investigación realizada.

- Dominelli L, Macleod E., 1999, *Trabajo social feminista*, Ediciones Cátedra/Universitat de València/ Instituto de la Mujer, España.
- Dos Reis A, Rafael M., 1999, “Envejecimiento femenino y menopausia. Un abordaje antropológico”, en: Gómez A. (compilador) *La revolución de las canas. Reflexiones y experiencias sobre el envejecer de las mujeres*, Cuadernos mujer salud/4, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe; Chile, pp. 40-52.
- Dueñas M., 2001, “El envejecimiento en transición: la situación de las mujeres de edad en la región de América Latina”, en *La situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades*, NY, Naciones Unidas, pp. 77-101.
- Flores E, y E. Reyes , 1997, *Construyendo el poder de las mujeres*, Carpeta metodológica, Red de Mujeres A.C., México.
- García M., 1999, “Gimnasias suaves aplicadas a las personas mayores”, en Del Riego M. *INEF Curso de Verano 1999*, Junta de Castilla y León/Consejería de educación y cultura, España, pp. 245-250.
- Greer G., 1993, *El cambio. Mujeres, vejez y menopausia*, Anagrama, España.
- Hardy R. y D. Kuh, 2002, “Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause”, en *Social science and medicine. (55) 1975-1988*.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática), 2001, *Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000)*, INEGI, México.
- Kanally K, y J. Berman, 2003, “Efectos secundarios de los ISRS relacionados con la esfera sexual: posibles estrategias de tratamiento de la disfunción sexual femenina”, en *Current Women's Health Reports* (edición en español), núm. I, pp. 1-9.
- Lagarde M., 2000, “Claves feministas para la autoestima de las mujeres”, en *Cuadernos inacabados*, Horas y Horas; España, pp. 39.
- Leidy L, y G. Espinosa, 2003, “Attitudes Toward Menopause in Relation to Symptom Experience” en *Women & Health (38) 2*, Puebla, Mexico, pp. 93-106.
- López-Sosa C., 2003, “Sexualidad en las mujeres de edad superior a 45 años”, en *La menopausia en los albores del siglo XXI*, Memorias de la Semana Académica de La Real Academia de Medicina de Salamanca, del 29 al 31 de Mayo; Salamanca, España. pp. 47-48.
- Lozano I., 1992, *Sobre el cuerpo y nuestra identidad. Sexualidad, Maternidad voluntaria y Violencia*, CIDHAL, México.
- Mackay, J., 2004, *Atlas Akal del Comportamiento Sexual humano. Sexualidad y prácticas sexuales del mundo*, Akal, España.
- Moncarz E., 1999, Mujeres maduras, cuerpo y subjetividad, en: Gómez A. (compilador) *La revolución de las canas. Reflexiones y experiencias sobre el envejecer de las mujeres*, Cuadernos mujer salud/4, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Chile, pp. 33-38.
- Mora O., 1996, “Aspectos fisiológicos del climaterio y de la menopausia”, en: Fernández J. (compilador) *Varones y Mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*. España, Pirámide; pp. 271-283.

- Pelcastre B., 2005, "Tu incapacidad de ser mujer. La menopausia y su representación", en: Torres M. (compilador) *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, COLMEX, México, pp.129-169.
- Pérez M, y M. Echauri, 1996, *En la Madurez...Guía educativa para promover la salud de las mujeres*, País Vasco, Gobierno de Navarra.
- Rubin G., 1989, "Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad", en: Vance C. *Placer y Peligro. Explorando la sexualidad femenina*, Edit. Revolución, Madrid, pp. 113-190.
- Rodríguez B., 2000, *Climaterio femenino. Del mito a una identidad posible*, Lugar Editorial, Argentina.
- Rosales A., 2005, "Discursos médicos y creencias sobre la sexualidad en el climaterio : Mujeres en Cancún Quintana Roo", en: Torres M. (compilador) *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, COLMEX, México, pp. 171-200.
- Rostosky S. & Travis Ch., 1999, "Menopause and sexuality:ageism and sexism unit", en Travis Ch, White J. (editors) *Sexuality, Society, and Feminism*, American Psychological Association, Washington, D.C., pp.181-209.
- Sánchez, G., 2005, "Madurez, climaterio y menopausia. Reflexiones desde la perspectiva de género y salud de las mujeres", en: Angeles H., Huecoichea L., et al *Actores y Realidades en la Frontera Sur de México*, CONAPO/ECOSUR, México, pp. 49-80.
- Sánchez G., (2004, "Ni jóvenes ni ancianas. Qué pasa con la atención y la información sobre el Climaterio. El Caso de tres regiones de México", en Revista GenEros, núm. 32, pp.33-42.
- Sánchez G., 2004, "Empowerment, Health and Aging in Mexican Women", en *Women's Health Journal*, núm. 4, pp. 59-68.
- Sánchez G., 2000, "Factores asociados al promedio mensual de relaciones sexuales femeninas en México", en *Revista de Estudios demográficos y urbanos*, 44; 15(2), pp.419-453.
- Schmidt P. Rubinow D., 1991, "Menopause-related affective disorders: a justification for further study", en *American Journal on Psychiatry*, pp. 844-852.
- Secretaría de Salud, 2001, *Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia. Criterios para brindar atención médica*, NOM-035-SSA2-2000 URL <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/035ssa202.html> [Bajado de la red el 20 de Enero de 2004]