

# **EL ABORDAJE SOCIAL Y CULTURAL DE LA MENOPAUSIA. APORTES PARA LA REFLEXIÓN EN PROGRAMAS DE COOPERACIÓN Y TRABAJO COMUNITARIO. EXPERIENCIAS EN BRASIL Y ARGENTINA**

**Silvia Sánchez Zelaschi**

Socióloga, Acupuntora y Neurópata. Buenos Aires, Argentina

## **Marco General**

Los estereotipos culturales son herramientas poderosas que modelan la vida social de los individuos y la forma en que el cuerpo vive y expresa esta realidad.

Las connotaciones atribuidas a los momentos de transición que se expresan corporalmente en torno a la genitalidad-sexualidad, son un buen ejemplo de ello. En ese sentido, como el lenguaje no es ingenuo, es revelador ver que tanto la adolescencia como la menopausia han sido percibidas y nombradas como "edad difícil" y "edad crítica" respectivamente.

La vivencia de la menopausia y la sintomatología a ella asociada dependen de múltiples factores, entre los que adquiere especial relevancia la valoración social de la cultura frente a la mujer madura. De esta manera, en sociedades donde se consideren importantes la juventud, la belleza y la maternidad, las mujeres climáticas cargan con estereotipos desvalorizantes y excluyentes.

En sociedades en que la madurez y la vejez son tenidas como etapas de serenidad y mayor experiencia, las mujeres menopáusicas, en cambio, son reconocidas como personas que han ascendido en reconocimiento social... (como entre los chinos) o más deseables (como entre los mayas e incas)

Uno de los estudios más conocidos es el realizado por Marcia Flint en la comunidad Rajput de la India. En estas familias poligámicas, las mujeres viven juntas, separadas del marido, en los altos de la casa y no pueden contactar con él cuando están menstruando. Tampoco pueden relacionarse con nadie sin autorización del marido y es obligatorio el velo. Al llegar la menopausia pueden quitarse el velo, participar de la vida social y comercial y son consideradas poseedoras de sabiduría. En estas mujeres no hay manifestación de síntomas menopáusicos.

Un estudio comparativo de las alteraciones de la menopausia en mujeres francesas y asiáticas (in. P.Phutthavong, F. Chiellino) señala diferencias significativas, tanto en el porcentaje de mujeres afectadas por síntomas como en la duración de los mismos. Los autores atribuyen estas diferencias a la medicalización de la mujer occidental, las reglas higiénico-dietéticas y la forma de vivir la menopausia en ambas culturas, muy relacionada con la valorización de la mujer madura y la vejez, así como con su integración en la comunidad. En China este pasaje es considerado un momento de transformación en el que la mujer pasa del papel material al espiritual. Ver esta etapa desde una perspectiva de evolución a planos superiores es, sin duda, determinante en la manera en que acogen la menopausia.

En nuestra cultura se une lo bonito con lo bueno y joven. En nuestros cuentos de infancia la bella durmiente era joven y buena y la bruja era mala, vieja y fea. Agreguemos que la muerte misma está simbolizada generalmente por una anciana mujer. Y un aspecto que, sin duda, debemos tener en cuenta, es el miedo a la muerte presente en nuestras sociedades. Por su parte, los medios de comunicación y la industria cinematográfica entronizan el rostro sin arrugas, la fuerza, la vitalidad, la violencia sexual. En el lenguaje de la vida cotidiana, aún hoy el "estás menopáusica" sigue siendo una forma de referirse a cualquier cambio de humor de la mujer madura. La medicalización de la menopausia es un hecho relativamente nuevo: los grandes laboratorios al tiempo que encontraron un mercado que crece a medida que aumenta la esperanza de vida, "crean" mercado convirtiendo la menopausia en una amenaza a la calidad de vida de las mujeres.

Así, mientras este ciclo biológico sea percibido en nuestra sociedad como un hecho negativo ligado a la "disfuncionalidad", se tiende a garantizar tanto la creación de síntomas como la manera negativa de vivenciarlos. En este contexto podríamos decir que la menopausia no es una enfermedad pero puede enfermar.

### **El marco cultural y las diferencias socioeconómicas**

En este marco general, sin embargo, debemos tener en cuenta que la manera en que la cultura dominante afecta a las mujeres en sociedades con fuertes diferenciaciones y marcada exclusión no es homogénea. De este modo, igual que cuando hablamos de cultura, no podemos hablar de "la menopausia", sino de mujeres que pasan un ciclo vital, inscritas en un sistema de relaciones sociales y económicas en las que el cuerpo y el malestar son formas de lenguaje... La forma en que cada mujer pase esta etapa de la vida dependerá de valores culturales, sector social de pertenencia, historia personal, contexto afectivo, características fisiológicas propias y hábitos de vida.

### **Argentina y Brasil; algunas aproximaciones**

Esta presentación no pretende colocar todos los temas, sino que debe entenderse simplemente como la exposición de algunas cuestiones y reflexiones provocadas por mi trabajo en grupos de mujeres de distinta extracción social. Sectores medios y profesionales, trabajadoras gráficas y villas, miseria en Argentina y moradoras de favelas en Brasil, en los que no siempre la menopausia fue el eje fundamental del trabajo, pero que estaban relacionados con la salud en la perspectiva de género.

1. En las grandes ciudades brasileñas el movimiento por la salud de las mujeres se fue consolidando a partir del año 1980, como otro aspecto de las reivindicaciones de género. Eran fundamentalmente mujeres de clase media y el eje articulador de dicho movimiento los derechos reproductivos. Un mito de origen fue que "todas somos iguales", se priorizó lo que unificaba a las mujeres, y se subestimó lo que podía diferenciarlas. La falta de reflexión sobre la diversidad, si bien fue, tal vez, un elemento necesario para el fortalecimiento de un movimiento aún débil, también dificultó el abordaje y la resolución de los conflictos que surgían tanto de índole pública como individual. La especificidad de la mujer negra, por ejemplo, comenzó a ganar espacio cuando fue visible el

tema de las políticas de esterilización. Benedita da Silva, militante del Partido de los Trabajadores y activista del movimiento de mujeres (actualmente forma parte del Gabinete de Lula da Silva), lanza a comienzos de 1980 en Río de Janeiro, su libro *"Mujer, negra y favelada: la triple determinación de la discriminación"*, que significó un estímulo importante para la reflexión sobre la diversidad en el movimiento de mujeres.

Durante un largo período la cuestión racial en Brasil fue dominada por el mito de la democracia racial, según el cual la discriminación contra el negro era un problema de estratificación social, consecuencia y herencia del pasado esclavista. Una perspectiva de análisis más reciente señala que la inserción social de un individuo en la sociedad está directamente relacionada con el color de su piel y que la persistencia histórica de la raza como principio clasificador no debe entenderse como herencia del pasado sino, como un mecanismo social de reproducción de la desigualdad.

Una serie de estudios orientados por este segundo abordaje ha documentado la segregación de la población negra en la distribución espacial, el acceso a la educación, la inserción en el mercado de trabajo y la existencia de grandes diferencias de mortalidad y fecundidad entre blancos y negros (Ignez Helena Oliva Perpétuo).

En un informe realizado por la Articulação de Mulheres Brasileiras ("Un retrato de la discriminación racial no Brasil") señala que las mujeres representan el 50.78% de la población brasileña, de las cuales el 44% son negras o morenas. El 85% de las mujeres negras se encuentran bajo la línea de pobreza y su tasa de analfabetismo es el doble que el de las mujeres blancas.

La Pesquisa Nacional de Desenvolvimento y Saúde de 1996 es una fuente importante de información, porque es una de la pocas que incorpora la variable color. Y porque contiene información sobre temas tales como: experiencia sexual y reproductora, asistencia a la anticoncepción, asistencia prenatal y atención ginecológica. La proporción de mujeres blancas y negras que residen en las regiones menos desarrolladas y que se encuentran en los estratos educacionales y socioeconómicos inferiores es el doble que el de las mujeres blancas.

Es más alto el porcentaje de las que inician la sexualidad y tienen el primer hijo antes de los 16 años: es un 7,8% en las blancas y un 13,2% en las negras. El porcentaje de las que nunca usaron anticonceptivo o que comenzaron a controlar la concepción a través de la esterilización es el doble que las blancas. Es muy alto el nivel de fecundidad no deseada, que representa el 27% de la fecundidad en la población blanca y el 40% en la negra. En las fajas etarias superiores la proporción de fecundidad no deseada alcanza casi al 77% en las mujeres negras. El 20% de las mujeres negras no tienen control prenatal y el 7% realiza el parto en casa.

En cuanto a las consultas ginecológicas:

Entre los 15 y 35 años nunca realizaron un control el 35%. Entre las mujeres de más de 45 años nunca asistieron a una consulta el 23.7% de las negras, mientras que entre las blancas el porcentaje es del 13%. Una investigación realizada en el Estado de Paraná entre 1993 y 1998 señala que la mujer negra tiene en Brasil un 25% menos de posibilidades de alcanzar los 75 años que la mujer blanca.

Mientras tanto, se instalan en el imaginario colectivo como figuras representativas de la mujer brasileña la garota de Ipanema o espectaculares mulatas zambando en el carnaval. En ese contexto es posible afirmar que las vivencias en torno a la menopausia y el cese de la capacidad reproductora son muy diferentes a las de los sectores medios fuertemente influidos por los patrones dominantes de valoración de la juventud y la belleza.

2. Las mujeres argentinas de los sectores medios urbanos que hoy estamos pasando la menopausia, llevamos el peso de nuestra historia generacional. Todo lo ligado a la especificidad femenina ha tenido una carga de misterio, peligro y ocultamiento. La regla era algo de lo que no se podía hablar libremente, era el "está con eso", "está en esos días" (por cierto aún hay publicidad de compresas para "esos días"), "está indispuesta". La recomendación de nuestras madres era no bañarse "porque se sube a la cabeza". El primer sujetador era pasado por alguna amiga casi a escondidas. En algunos sectores de la administración pública existió, previo a la flexibilización laboral y las políticas de ajuste, "el día femenino mensual", por el cual se tenía una falta justificada. La derogación de esta prerrogativa generó un debate en el movimiento de mujeres sobre si era un derecho o una forma más de la discriminación de género que otras urgencias dejaron inconclusa.

En los sectores rurales también se reproducía el mito de las plantas que se secan si las toca una mujer con la regla o que si un hombre toma mate con gotas de sangre menstrual "queda atrapado" para siempre. Destrucción y poder al mismo tiempo. Hoy todo esto ha sufrido y sufre profundas transformaciones. Pero somos las primeras generaciones en realizar "el cambio en una época de cambios". Pasamos de "parirás con dolor" al "parto sin temor", asistimos a los primeros partos con la presencia del padre, no sólo nos bañamos menstruando, sino que nos metemos en el mar y la anticoncepción ha permitido separar sexualidad y reproducción.

Pero aún no tenemos instalada, una nueva representación de la mujer madura, la actual mujer de más de cincuenta años. La oferta social de productos y servicios, incluso en el área mujer de la administración pública, nos incluye en una "tercera edad" o en el área salud en los servicios de menopausia. Luego pasamos junto a los hombres a gerontología, cuya transición, al no tener la visibilidad del cese del sangrado mensual, parece inexistente. En los talleres que realizamos en Buenos Aires con mujeres de sectores medios y profesionales, entregamos una nota de prensa en la que se informaba de que una mujer sexagenaria había sido atropellada por un coche. Pedimos que se hiciera una descripción física de esta mujer. Mayoritariamente se representaba una "señora mayor", próxima a una abuelita de cuento. Cuando, en un segundo momento, cada una dijo su edad

¡éramos casi sexagenarias! Y, por supuesto, no nos reconocíamos en la imagen descrita.

Todavía es tabú hablar abiertamente de la menopausia, mientras hemos contado con lujo de detalles los partos y compartido las lesiones de los pezones durante la lactancia, aún es muy reducido el número de mujeres que habla libremente de sus cambios corporales, de sus inseguridades al respecto o de su sequedad vaginal. "Mis colegas médicas me lo comentan a mí en privado, porque saben que me ocupo del climaterio. Pero en las reuniones del hospital, cuando hay médicas más jóvenes, no hablan. Cuando estamos solas me dicen: "Vos, qué hacés climaterio, para la sequedad vaginal, ¿qué se recomienda?". Tampoco dicen que es para ellas, preguntan como si fuera para una paciente. Es un grupo de profesionales y hay tantos tabúes como en cualquier otro lugar" (Analía Efrón en *Animarse al cambio*).

### **Algunas cuestiones**

He encontrado en los trabajos, talleres y grupos más coincidencias entre las mujeres pobres o de sectores medios de ambos países que entre las argentinas o brasileñas entre sí. Los siguientes comentarios son extensibles por lo tanto, en mi experiencia, en los dos países.

- La búsqueda y oferta de tratamiento para la menopausia son privativos de los sectores medios y altos. A pesar de la existencia de servicios específicos en algunos hospitales públicos en la Argentina, el desmantelamiento de los mismos, producto de la crisis económica, el acelerado proceso de privatización y la inexistencia de cobertura para la medicación han reducido significativamente el alcance de sus prestaciones. Por otra parte estos servicios no incluyen una perspectiva de género ni la inclusión de las determinaciones sociales en su abordaje.
- El fin de la menstruación y el cese de la capacidad reproductora son vividas de manera muy diferente. Mientras para las mujeres pobres, con pocas o nulas posibilidades de acceder a la anticoncepción, suele ser aceptada como una suerte de liberación, en otras mujeres puede generar, y de hecho genera, sentimientos contradictorios. Es un hecho irreversible que marca el fin de una etapa, el paso del tiempo, y se asocia frecuentemente a la pérdida y al fin de la juventud.
- Temas como las sofocaciones o la osteoporosis parecen que afectan más significativamente a los sectores medios y altos. Con relación a los primeros porque, cuando existen, en los sectores populares el nivel de percepción es mucho menor, teniendo en cuenta la suma de situaciones de desconfort material que soportan cotidianamente. En cuanto a la osteoporosis, el modo de vida sedentario de la era del coche y el control remoto no son compartido por las mujeres que deben caminar para desplazarse, porque no pueden gastar en transporte, trabajan en el campo o suben los morros de las favelas cargando agua.

- La sexualidad es otro tema en el que es posible encontrar algunos aspectos diferenciales. En las mujeres de sectores medios muchas veces la falta de deseo es asociada a la menopausia, aun cuando forme parte de una vida sexual insatisfactoria. En general, hay un gran desconocimiento de los cambios de la sexualidad en la madurez en los hombres, y toda modificación de los ritmos o características de la relación es vivida con miedo al abandono y con sentimiento de culpa. En mujeres con una activa y satisfactoria vida sexual no se describen modificaciones, y si las hay, en general son valoradas positivamente. No existe el riesgo de quedar embarazada, hay más experiencia y posibilidades de disfrute. En las mujeres pobres con las que trabajamos este tema, la sexualidad era percibida como una obligación más, algo que formaba parte de "lo que hay que hacer". Igual que en el caso del uso de los anticonceptivos, existen mitos en torno a lo que pasa con la sexualidad cuando se separa de la capacidad reproductiva: "quedarse seca" versus "volverse fogosa". La posibilidad de tener acceso a la información es también, en este tema, de vital importancia.
- Las mujeres de sectores medios eran más proclives a asociar a la menopausia trastornos emocionales como tendencia a la depresión, nerviosismo, alteraciones del humor, tal como la "versión oficial" lo indica. En las mujeres pobres el mundo emocional está directamente relacionado con la posibilidad de mejorar sus condiciones de vida y no hay una percepción de que sus cambios hormonales tengan algún tipo de implicación
- En los sectores medios la menopausia solía coincidir con la independencia de los hijos; sin embargo, las condiciones económicas y los cambios en la familia hacen que esto suceda cada vez menos. "Cómo se va a ir si tiene comida, ropa planchada y cama doble en el cuarto..." es uno de los comentarios más frecuentes. El "nido vacío" es cada vez más "el nido demasiado lleno". Cuando finalmente los hijos se van, el sentimiento de pérdida, si existe, dura muy poco tiempo y rápidamente se hacen visibles las compensaciones de una menor carga de trabajo y el disfrute de mayor tiempo para la realización de actividades postergadas. Cursos y talleres de todo tipo están plenos de mujeres de mediana edad. En los sectores populares, la familia extensa, la vivienda compartida con los hijos y sus parejas, el hacerse cargo de la crianza de nietos, porque son las mujeres más jóvenes las que deben intentar encontrar trabajo, en muchos casos en lugares distantes, hacen que el tema del "vacío" ni aparezca. En realidad, lo que aparece más frecuentemente es la soledad como cabezas de familia para hacer frente a situaciones difíciles. En la investigación-acción que realizamos en una favela de Río de Janeiro, conjuntamente con las mujeres de la comunidad y del personal del centro de salud el cuestionario del relevo sobre condiciones de salud de la mujer, una de las participantes pidió que se preguntara si el padre de los hijos "daba dinero en casa". Cuando la enfermera dijo "No, es sobre salud" la respuesta fue: "Para tener salud hay que tener marido responsable".

### **Apuntes para la elaboración de propuestas de acción**

1. Debe partirse del reconocimiento de la multideterminación, cultural, socio-económica y personal en la sintomatología que acompaña a esta etapa de la vida.

2. - Es necesario dar la voz a las mujeres y generar espacios donde sus necesidades, dudas, temores puedan hacerse explícitos sin prejuicios ni mandatos.
3. - Debe tenerse en cuenta que la distribución y la construcción de creencias y valores son procesos complejos y prolongados. Tanto el mito de "las hormonas alocadas", que impide pensar o actuar racionalmente como el mito de "la supermujer", que sugiere que si está muy ocupada no se percatará en absoluto de su menopausia, no son útiles para las mujeres. (Colectivo de la Mujeres de Boston).
4. - La autoestima no se construye a través de técnicas más o menos sofisticadas. Es el resultado de un proceso que parte del reconocimiento del derecho a sentir lo que siento, pasa por la búsqueda de las creencias que me llevaron a esta situación y culmina en el reconocimiento de los recursos y capacidades propias para construir una vida plena de sentido.
- 5.- En este tema, como en todos los que ha abordado el movimiento de mujeres, es la experiencia colectiva, la reflexión sobre la misma y la realización de estudios comparativos en distintos sectores sociales lo que nos dará instrumentos para diseñar estrategias y propuestas de actuación.
6. - Finalmente, demos tener siempre presente que la perspectiva de género debe estar impregnada por el reconocimiento y el derecho a la diversidad.

