



MENOPAUSIA: LA NECESIDAD DE UNA VISIÓN HOLÍSTICA FRENTE A LA REALIDAD FEMENINA

La salud de las mujeres ha sido poco investigada, y a su vez, no ha sido abordada pensando de manera objetiva en las necesidades de las mujeres, es decir, teniendo en cuenta aquellos factores biológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad, así como en los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales que ello implica.

La menopausia es definida por varios autores como un conjunto de cambios fisiológicos que ocurren en el cuerpo de las mujeres, que usualmente tiene lugar entre los cuarenta y cinco y los cincuenta años. Entre dichos cambios, el más importante es la ausencia de menstruaciones durante al menos un año ininterrumpido, sin necesidad de confirmación por medio de exámenes de laboratorio; o bien, durante al menos seis meses, asociado a un valor en sangre de hormona foliculo estimulante (FSH) mayor de 40 UI/ml (unidades internacionales por mililitro de sangre) (Álvarez-García y Labandeira Martínez. 2010). También se habla de menopausia precoz, cuando esta ocurre en mujeres antes de los cuarenta años, mientras que la tardía es la que se da pasados los cincuenta años. Paralelamente, lo que se conoce como climaterio es el tiempo durante el cual se pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva: esto ocurre entre los cuarenta y cinco y los cincuenta y nueve años de edad; este pro-

ceso inicia unos años antes de la menopausia (perimenopausia) y se extiende unos años después de la misma (posmenopausia) (Capote Bueno y Segredo Pérez, 2011).

Este concepto, desarrollado desde el paradigma biomédico, predominantemente biológico, acentúa lo que se denomina *medicalización* de algunas etapas naturales en la vida de las mujeres, especialmente en la menopausia (Capote Bueno y Segredo Pérez, 2011), la cual no debe ser considerada solamente como una mera “transición”

biológica que acompaña al climaterio, sino como una compleja etapa fundamental para las mujeres, que además de involucrar cambios en los ámbitos sexual, emocional, psicológico y afectivo, es vivida de manera particular por cada una de ellas, con mayor o menor intensidad, y que partiendo de un mismo fenómeno biológico y hormonal, involucra vivencias únicas para cada mujer.

En el aspecto fisiológico, se ha reconocido que los cambios experimentados por las mujeres durante esta etapa de sus vidas se manifiestan por una gran variedad de síntomas atribuidos, en su mayoría, a la deficiencia de estrógenos como consecuencia de una disfunción en la producción hormonal ovárica progresiva, y que caracteriza a esta etapa de la vida femenina desde un punto de vista biológico. Esta deficiencia hormonal se traduce en bochornos, sudoración y sofocos, cambios en el estado de ánimo y en el deseo sexual, resequedad y alteraciones de la lubricación de los genitales, así como predisposición a sufrir de enfermedades como la osteoporosis y la enfermedad coronaria (Álvarez-García y Labandeira Martínez. 2010). Además, se suman ciertas condiciones de salud que son frecuentes en las mujeres a medida que se avanza en edad, como las enfer-

>

Texto: Elizabeth Bayona¹ y Freddy Barrios² //
Ilustraciones: Pilar Berrío (www.pilarberrio.com)

¹ Médica Cirujana, especialista Salud ocupacional y Riesgos laborales. Estudiante de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad El Bosque. Contacto: gbayona@unbosque.edu.co

² Médico Cirujano, especialista en Epidemiología. Estudiante de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad El Bosque. Contacto: fbarriosa@unbosque.edu.co

medades reumatológicas, el déficit de vitamina D, los diversos tipos de cáncer ginecológico y las alteraciones en la mecánica del piso pélvico que conllevan a situaciones como los prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria de esfuerzo, entre otras patologías. (Valls Llobet y Banqué. 2008).

A su vez, estos cambios biológicos y psicológicos modifican la configuración corporal, lo que en gran medida influye en que las mujeres se sientan menos deseadas por sus parejas. Esta situación es reforzada aún más en una sociedad machista y androcéntrica, en la que, por sus creencias, se le impone a la mujer “cumplir” con ciertos paradigmas como ser objeto de placer, ser madre y ser cuidadora de un hogar, así deba dejar de lado proyectos y realizaciones personales. Estas consecuencias aumentan el riesgo de trastornos de ánimo en las mujeres posmenopáusicas, lo que lleva a una pérdida del autoestima y del deseo sexual (Blümel, et al., 2002, p. 1136).

Al respecto, se ha evidenciado que aproximadamente la mitad de las mujeres sexualmente activas padecen disfunciones sexuales desde los cuarenta a los sesenta años de edad, cuya frecuencia tiende a aumentar con la edad. Entre ellas, se encuentra la dispareunia (relaciones sexuales dolorosas), condición que ha sido utilizada por la industria farmacéutica para poner a disposición de las mujeres un variado mercado de lubricantes genitales de varios tipos, terapias hormonales a base de estrógenos tanto de consumo oral como tópico, entre otras ofertas para “aliviar” esta condición. A propósito, se ha documentado en diversos estudios cómo las mujeres no usuarias de la terapia de reemplazo hormonal (práctica introducida desde inicios de los 90 como una estrategia de prevención de la osteoporosis

posmenopáusica y del envejecimiento) o con histerectomía previa están en mayor riesgo de presentar disfunciones sexuales, y que factores como la edad, el deterioro de la salud y el uso de medicamentos por mucho tiempo para diversas enfermedades como la diabetes *mellitus*, la hipertensión arterial, entre otras patologías, pueden afectar aún más su sexualidad (Blümel, Araya, *et al.*, 2002).

De acuerdo con lo anterior, se ha determinado que las mujeres entre los cuarenta y cinco y los sesenta y cuatro años que han hecho uso prolongado de diversas formas de terapia de reemplazo hormonal

(por ejemplo, píldoras a base de estrógenos y progestágenos), podrían beneficiarse con la mejoría en la lubricación genital, el control de la dispareunia e incluso, con orgasmos de mejor calidad, lo que conlleva a incrementar la satisfacción, la excitación y, en general, el deseo sexual (Blumel, Bravo, Recavarren, & Sarrá, 2003). Pero estos efectos se han valorado desde el punto de vista de la medicalización de la sexualidad femenina sin tener en cuenta la salud integral de las mujeres. De hecho, ciertas recomendaciones que surgen a partir de sociedades de menopausia, médicos, ginecólogos y expertos clínicos en el tema minimizan la ya demostrada y reconocida relación causal existente entre el uso prolongado de la terapia hormonal substitutiva y el desarrollo de enfermedad cardiovascular y cáncer de mama.

En este sentido, podríamos decir que la salud de las mujeres ha sido poco investigada desde una perspectiva biopsicosocial que permita comprender de manera integral las implicaciones que para ellas tiene la enfermedad en sus ámbitos fisiológico, psicológico y social. Así, cada vez es más frecuente descubrir en la literatura científica publicaciones de múltiples estudios que si bien han posibilitado el entendimiento de los factores biológicos que influyen en el proceso

salud-enfermedad, carecen de una visión *más* integral. Las dimensiones sociales y psicológicas han sido descritas como fundamentales para comprender las circunstancias que influyen en la salud de los seres humanos³, que no se concibe únicamente como la ausencia de enfermedad. Es por eso que con poca frecuencia la menopausia suele abordarse pensando de manera objetiva en las amplias necesidades personales, psicológicas y sociales de las mujeres durante la edad del climaterio, y no únicamente desde lo fisiológico, lo biológico o lo sexual.

De esta manera, autores como Valls-Llobet (2008) y Capote (2011) han evidenciado cómo la salud física y mental de las mujeres no ha sido adecuadamente abordada desde la investigación y el desarrollo biomédico por la medicina tradicional. Esto ha llevado a que procesos naturales y fisiológicos que no representan enfermedad, como la menopausia o los trastornos de la menstruación, sean excesivamente *medicalizados*, tanto por la medicina tradicional como por diversas formas de medicina alternativa, como la homeopática. A través la publicación de trabajos científicos cuyos resultados suelen ser interpretados desde una perspectiva positivista, nuevos tratamientos, píldoras, cremas, infusiones, terapias como las de reemplazo hormonal, remedios “naturistas” y “caseros”, entre otras propuestas mercantiles, se demuestran como efectivos (y con mayor o menor grado de efectos secundarios) para “controlar” o “aliviar” los molestos síntomas vasomotores (bochornos, sofocos, dolor de cabeza, etc.) y sexuales de los que se quejan las pacientes que afrontan la menopausia.

En contraposición a esta perspectiva reduccionista en la que prima lo biológico, se ha considerado que la menopausia, como un



proceso natural, constituye una experiencia vital psicosocial, que es personal para cada mujer y diversa entre mujeres de diferentes culturas o procedencias. Esta experiencia marca el comienzo de una etapa que ocupa casi la tercera parte de la vida femenina, por lo que es fundamental que las mujeres disfruten de otras dimensiones de su vida sexual, amorosa, familiar y social. Vivencias significativas y enriquecedoras para ellas se vuelven vitales y terapéuticas, como por ejemplo, ejercer un oficio que les guste, practicar un *hobbie*, un deporte, estudiar algo que les apasione o simplemente dedicar más tiempo a sus amigos o amigas, a su pareja, padres, hijos, nietos o al hogar si es su deseo, sin los afanes que esto exigiría en años previos de sus vidas.

Además, la menopausia y sus efectos en la salud sexual, física y mental a corto, mediano y largo plazo, así como los cambios en su corporalidad, involucran cargas relacionadas con el debilitamiento del autoestima en las mujeres posmenopáusicas; esto provoca en ellas sentimientos y actitudes de vergüenza, pena y frustración en mayor o menor medida, de manera especial en el aspecto sexual. Es común que sus compañeros sentimentales tengan expectativas sexuales y emocionales diferentes a las de ellas en esta etapa; dicha situación lleva muchas veces a la au-

³ Incluso, desde reconocidas teorías en salud pública, como la de los determinantes sociales de la salud, esto se ha llegado a reconocer.

todiscriminación y hace que la mujer busque ayuda en profesionales de la salud para mitigar la incomprensión que siente con sus relaciones personales. Aún más, el hecho de vivir en lo que Lafaurie (2011) define como una “sociedad patriarcal y androcentrista”, en la que se ha idealizado a la mujer como objeto de deseo, de trabajo y de maternidad, hace que las mujeres posmenopáusicas puedan sentirse incomprendidas y estigmatizadas.

Todo lo anterior hace que la menopausia sea vista desde una perspectiva meramente biológica, con lo que se desconocen los múltiples aspectos sociales, emocionales, relacionales y psicológicos que hacen parte de esta etapa crucial de la vida de las mujeres. Desde la ciencia médica es preponderante el paradigma biologista-positivista, lo que hace que de manera naturalizada la noción de cuerpo se entienda y estudie a partir del sexo de las personas y de otros aspectos meramente biológicos (Lafaurie, 2011).

En contraposición al paradigma biologista, desde las Ciencias sociales y de la salud han surgido movimientos y autores que pugnan por la comprensión de los fenómenos

que atañen a la salud de las mujeres desde una visión holística, y no solamente desde la perspectiva biomédica. Uno de estos conceptos es el del Enfoque de la morbilidad femenina diferencial, que los doctores Valls Llobet y Banqué (2008) proponen como una alternativa conceptual que busca un abordaje integral para el proceso de la menopausia (y para otras situaciones femeninas como el cáncer de cérvix, de mama, entre otros) a las que se ven sometidas miles de mujeres alrededor del mundo de diferentes culturas, y que de alguna manera pueden ser motivo de sufrimiento e incomodidad. Este concepto es de aplicación mucho más pertinente cuando consideramos la situación de las mujeres que viven en los países en vía de desarrollo, en los que se acentúa la brecha entre mujeres ricas y pobres, y su maltrato y discriminación.

Para Valls-Llobet (2008), la morbilidad femenina diferencial se entiende como

[...] el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas, o porque éstos sean mucho más frecuentes en el sexo femenino.

De esta manera, el abordaje de la menopausia desde un enfoque de morbilidad femenina diferencial se hace esencial pues permite atender las necesidades en salud de las mujeres desde una perspectiva de género (Charlton, 2004). La idea de enfoques como este es que las mujeres se involucren en sus procesos de su propia salud a través de la adopción de hábitos de vida saludables como la dieta sana y balanceada, el ejercicio físico, así como la promoción de la salud mental por medio de la recreación, la música, la lúdica, las artes, la reflexión y la ejecución de sus proyectos de vida personales a través de su profesión o de lo que simplemente les gusta hacer (Lafaurie, 2010).

Sin embargo, esta parece ser una tarea difícil de llevar a cabo mientras continuemos perpetuando los espacios y culturas androcéntricas en las que las





mujeres no tienen tiempo para ocuparse de sí mismas, pues viven en función de otros. Esta realidad requiere, entre otras cosas, un frente a la medicalización, que convierte los procesos fisiológicos de las mujeres en problemas médicos, lo que produce ganancias económicas que maximizan los grandes mercados farmacéuticos. Esto, sin más, convierte a las mujeres en blancos terapéuticos y de investigación, lo que perpetúa aún más la “cosificación” y el utilitarismo de lo femenino, característico de las inequidades y desigualdades de género de la sociedad, y a la par, del sistema de atención biomédico y en salud.

Por tanto, se hace necesario reflexionar sobre el paradigma biologista que impera en la práctica clínica occidental, enfocada en lo terapéutico, que es insuficiente para comprender las complejas realidades sociales y culturales que implica la vivencia del proceso de menopausia en las mujeres de países poco desarrollados. Desde esta óptica, la sexualidad es parte importante de la calidad de vida, un concepto que debiera ser la brújula del accionar de los profesionales de la salud, en el que debe imperar el entendimiento de la morbilidad femenina diferencial, e involucrar procesos de asesoría, consejería y tratamiento integral (psicología, nutrición, etc.) en el contexto de los problemas que afectan a la mujer. ♦

Referencias

- Álvarez, E., Labandeira, A. (2010). Estudio bioquímico de la menopausia y la perimenopausia. *Ed Cont Lab Clín*, 13(1), 76-93.
- Blumel, J., Araya, H., Riquelme, R., Castro, G., Sánchez, F., y Gramena, G. (2002). Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas: Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Revista médica de Chile*, 130(10), 1131-1138. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002001000007>
- Blumel, J., Bravo, F., Recavarren, M., y Sarrá, S. (2003). Función sexual en mujeres usuarias de terapia de reemplazo hormonal. *Revista médica de Chile*, 131(11), 1251-1255. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003001100004>
- Capote, M., Segredo, A., Gómez, O. (2011). Climaterio y menopausia. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 27(4), 543-57. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252011000400013&lng=es.
- Charlton, D. (2004). Climaterio y menopausia, una mirada de género. *Enfermería Actual en Costa Rica* 3(6), 1-5. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44830601>
- Fitte, A.L. (2008). Críticas antropológicas acerca de la medicalización de la menopausia. *IX Congreso Argentino de Antropología Social*. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones, Posadas.
- Hurtado, H., Pinzón, F. Perfil epidemiológico de la mujer menopáusica. *Revista Colombiana de Menopausia* 3(3). [Revista en línea]. Disponible en: http://encolombia.com/medicina/revistas-medicinas/menopausia/vol-3397/meno33_perfil/
- Lafaurie, M. (2010). Las mujeres y la depresión: una reflexión crítica. *Revista Cuestiones de Género: De la Igualdad y la Diferencia* 5(1), 315-40. Recuperado de: <http://bddoc.csic.es:8080/detalles.html?id=665305&bd=SOCPOI&tabla=docu>
- Lafaurie, M. (2011). ¿Por qué pensar en la salud de las mujeres? *Revista Salud Bosque* 1(1), 79-90. Recuperado de: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_salud_bosque/volumen1_numero1/salud_mujeres_revista_salud_bosque_vol1_num1.pdf
- Márquez, S. Meneu, R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión clínica y sanitaria* 5(2), 47-53. Recuperado de: <http://www.index-f.com/campus/ebe/ebe2/medicalizacion-gcs.pdf>
- Sánchez, M. (2010). *La salud de las mujeres Análisis desde la perspectiva de género*. Madrid: Editorial Síntesis.