

# NUDOS CRÍTICOS Y CAPITALS EN LAS MUJERES DE EDAD MEDIANA

Dr. C. Leticia Artiles-Visbal

Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)  
leticia@infomed.sld.cu

CON EL INCREMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA LAS MUJERES PASAN MÁS DE UNA TERCERA PARTE DE SU VIDA DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA. LA MENOPAUSIA COMO PROCESO FISIOLÓGICO INTERACTÚA DINÁMICAMENTE CON EL ENTORNO EN QUE SE DESARROLLA LA MUJER, LO QUE CONTRIBUYE A LA EXPRESIÓN DEL SÍNDROME CLIMATÉRICO. ESTE CONJUNTO DE RELACIONES DIALÉCTICAS CONSTITUYE UNA RED COMPLEJA, ENGARZADA EN NUDOS CRÍTICOS QUE SE PERSONALIZAN ACORDE CON ENGARGES SOCIALES, LAS CARACTERÍSTICAS DEL MODELO MÉDICO PREVALENTE, LA REPRESENTACIÓN DE LA MENOPAUSIA COMO PROBLEMA DE SALUD O COMO PADECER, E IMAGINARIOS Y MITOS QUE REPERCUTEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER. SE DEVELAN ALGUNOS DE LOS DIFERENTES ENGARGES DE LOS NUDOS CRÍTICOS EN ESTA ETAPA DEL CURSO VITAL DE LAS MUJERES DE EDAD MEDIANA.

**PALABRAS CLAVES:** CLIMATERIO, MENOPAUSIA, GÉNERO, ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD

**CRITICAL AND CAPITAL KNOTS IN MIDDLE-AGED WOMEN**

*WITH THE INCREASE OF LIFE EXPECTANCY, WOMEN LIVE AFTER MENOPAUSE MORE THAN A THIRD PART OF THEIR LIVES. AS A PHYSIOLOGICAL PROCESS, MENOPAUSE DYNAMICALLY INTERACTS WITH THE ENVIRONMENT IN WHICH WOMEN DEVELOPS, WHICH CONTRIBUTES TO THE EXPRESSION OF THE CLIMACTERIC SYNDROME. THE CONJUNCTION OF THESE DIALECTIC RELATIONS COMPRISES A COMPLEX NETWORK INTERTWINED IN CRITICAL KNOTS WHICH ARE PERSONALIZED, IN CONSONANCE WITH SOCIAL LINKAGES, OF THE FEATURES OF THE PREVALENT HEALTH MODEL, OF THE REPRESENTATION OF MENOPAUSE AS A HEALTH PROBLEM OR AILMENT, OF IMAGERIES OR MYTHS WHICH IMPACT THE QUALITY OF LIFE OF WOMEN. THE PRESENT ARTICLE IS GEARED TO REVEAL SOME OF THE LINKAGES OF THE CRITICAL KNOTS OF THIS STAGE OF MIDDLE-AGED WOMEN'S VITAL COURSE.*

**KEY WORDS:** CLIMACTERIC, MENOPAUSE, GENDER, HEALTH ANTHROPOLOGY

La vida de las mujeres la conforma una red de alta complejidad, que comienza desde el nacimiento con las asignaciones culturales que configuran creencias, actitudes e imaginarios vinculados al significado del «ser mujer»: el color rosa de sus primeras ropas, asociado con la suavidad, la dulzura, la tolerancia y la bondad; los juegos vinculados a los roles reproductivos —muñecas (cimientito del rol maternal), la cocinita, la lavadora y la planchita (inducción a la responsabilidad de la actividad doméstica), la ronda de «la señorita entrando en el baile» que espera «que la saquen»; o los cuentos de la princesa bonita y dependiente que anhela al príncipe valiente que la salva y la despierta del sueño para vivir siempre feliz dependiendo de él. Las mujeres después de los cincuenta años «aparecen simbolizadas como vejastorios y vejanconas, brujas, arpias, suegras o mujeres castradoras» (Greer, 1993).

En la actualidad, con el incremento de la esperanza de vida a nivel mundial, las mujeres viven más de setenta años en los países con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) por encima de la posición 115 (PNUD, 2006). Si se considera que la edad promedio de la menopausia es de cincuenta años, las mujeres viven una tercera parte de su vida después de ésta, en su mayoría con disponibilidad física y mental. Se constituyen en el epicentro de la dinámica familiar y se desempeñan en el ámbito privado como madres, esposas, abuelas, y nueras, incluso algunas se mantienen vinculadas como obreras, técnicas o profesionales, simultaneando roles productivos y reproductivos, doble y triple jornada con efectos negativos para la salud. La multiplicidad de roles y la sobrecarga de género que caracteriza a este grupo poblacional, han motivado que se le denomine «generación *sandwich*» (Artiles-Visbal, 2008).

El conjunto de factores que inciden en las mujeres de edad mediana, se constituyen en nudos críticos, cuyos engarces están conformados por la interacción de:

- su concepción del climaterio/menopausia como problema de salud;
- su terreno biológico, manifiesto en el proceso de ajuste hormonal, característico del tránsito a la fase no reproductiva del ciclo vital;
- su biografía, expresión de sus características psicológicas y de su historia de vida;
- sus conocimientos, creencias, símbolos y mitos relacionados con la menopausia;
- sus capitales individuales (económico, cultural, simbólico y social), que van a situarla en posiciones diferentes según clase social, territorio, color de la piel y pertenencia étnica.

Todos estos engarces se mantienen en una interacción dialéctica con el entorno complejo en que se desempeñan. Se entiende como entorno, el nicho ecológico donde se reproduce biológica y socialmente el ser humano, y que en términos de la salud pública se identifica como las condiciones de vida de reproducción social (Castellanos, 1991).

El presente artículo está dirigido a develar algunos de los diferentes engarces de los nudos críticos en esta etapa del curso vital de las mujeres de edad mediana.

### **LOS ENGARCES DEL NUDO Y SUS COMPLEJIDADES**

A los efectos del presente trabajo, se entenderá como *nudo crítico* aquel problema de alta complejidad que abarca las relaciones en la vida cotidiana en correspondencia con los diferentes procesos que la integran y cuya solución depende de la capacidad para conocer, entender y dar respuesta al conjunto de factores que las conforman.

La capacidad de respuesta de las mujeres objeto de estudio se relaciona estrechamente con el contexto cultural y social en que viven, sus características genéticas y fisiológicas, su historia de vida, la calidad de sus relaciones interpersonales, su nivel de autoestima, la satisfacción personal y proyecto de vida.

### **PRIMER ENGARCE. EL CLIMATERIO: ¿PROBLEMA DE SALUD O ENFERMEDAD?**

Para entender este engarce del nudo es necesario distinguir las categorías «problema de salud» y «enfermedad», ya que tienen puntos de contacto pero no son equivalentes. Se entiende como *problema de salud* el planteamiento concreto que cada persona se hace en torno al proceso salud-enfermedad, sobre todo cuando percibe cambios en lo que le comunica su organismo y los interpreta como desviación de la normalidad. También es frecuente la inquietud por conservar o incrementar su salud. En cambio, la *enfermedad* es una desviación concreta, subjetiva y casi siempre objetiva de la normalidad, identificable por la clínica de los sistemas de salud, y muchas veces equiparable para la medicina científica a una entidad nosológica tan concreta como la diabetes mellitus tipo II o la hipertensión arterial. Cada individuo tiene un terreno biológico que influye sobre su manera de vivir el proceso salud-enfermedad. En ello juega un papel importante su dotación genética, la cual modula su riesgo o factores de resistencia (conocidos en la jerga médica como *resiliencia*) en relación con algunos problemas de salud. El *padecer* es la manera individual por la que cada persona vive su propio problema de salud; así entendido, resulta la posibilidad de existencia de problemas de salud y de padecimientos, sin enfermedad. El padecer consta de tres componentes individuales por los que la persona se relaciona con su problema de salud: terreno o cuerpo, biografía y ambiente (Vargas y Casillas, 1999). Cada uno de estos elementos se puede analizar como engarces del nudo crítico en la edad mediana.

Un porcentaje (30 %) de las mujeres de edad mediana que acuden a los servicios, refiere «síntomas» que asocian con el climaterio/menopausia, tales como depresión, ansiedad, nerviosismo y disminución del deseo sexual, pero al realizarse los exámenes clínicos sus niveles hormonales se encuentran en los límites normales. La práctica medicocéntrica se traduce en las expresiones «usted no tiene nada» o «vaya a su casa; es la menopausia». La atención médico social orienta a indagar en los determinantes sociales de la vida cotidiana que permiten profundizar en la causa del «padecer».

De hecho, estudios realizados han mostrado que las condiciones del entorno en que vive la mujer de edad mediana, tales como la disfunción de la dinámica familiar, la doble jornada y el desempeño del rol de cuidadora de ancianos, enfermos y niños, incrementan la percepción de los síntomas climatéricos en 1,5 veces respecto a las que no presentan tales condiciones. En este sentido, el diagnóstico médico social es una herramienta útil para identificar las causas del «padecer». Esta potenciación es más intensa cuando los niveles hormonales están en fase de reajuste y los exámenes clínicos así lo evidencian, lo que influye en una mayor labilidad del organismo para enfrentar los efectos del entorno en que se desempeñan (Artiles-Visbal, Navarro Despaigne y Manzano Ovies, 2007).

Diversos dispositivos de control se han impuesto históricamente sobre el cuerpo de las mujeres en el ámbito de la atención en salud. Uno de los más significativos lo constituye la medicalización de etapas naturales de la vida, tales como el embarazo, la lactancia y el climaterio, sobre las que se ejerce una intervención indebida y no siempre justificada, como expresión del Modelo Médico Hegemónico<sup>1</sup> prevaleciente en las sociedades actuales.

La medicalización favorece la conversión de dolencias ordinarias en problemas médicos, síntomas ligeros en graves, problemas personales y de la vida cotidiana en enfermedades, lo que propicia mercados potenciales para el consumo de fármacos o intervenciones clínicas generalmente con altos costos, que determinan una estratificación social inequitativa en el acceso a los servicios de salud. En plena ola de medicalización, cada vez se consumen más fármacos con receta o sin ésta, y cada vez más, en nombre de la prevención o de la calidad de vida, se inventan enfermedades y se difunden hasta crear la necesidad del producto (Taboada, 2008). La exacerbación en la aplicación de las terapias hormonales de reemplazo (THR) para el tratamiento del climaterio son muestra de ello (Duetz *et al.*, 2000).

Asumir los factores biológicos como determinantes de *todos* los malestares del climaterio, dota a los mismos de bases estables e irreversibles, por lo que se asume que no pueden cambiarse o que una medicación milagrosa los podrá resolver. De otro modo, asumir la determinación de los factores

sociales en la expresión del síndrome climatérico, vinculados al reajuste fisiológico, elimina la irreversibilidad del proceso, pero exige el cambio del entorno social, relacionado con la dominación patriarcal prevalente en la cultura contemporánea, lo que demanda una revolución de conciencia, de símbolos y de estatus social, en la que la mujer todavía se encuentra en desventaja.<sup>2</sup>

Para desatar este engarce es necesario reconocer que los cambios hormonales y su expresión en signos y síntomas no son universales, sino individuales; que los factores sociales, en particular los vinculados a la sobrecarga de género, son determinantes en la percepción de los síntomas en el climaterio; y que el diagnóstico médico social se constituye en una herramienta fundamental para un manejo personalizado y pertinente de la usuaria de los servicios.

## SEGUNDO ENGARCE. EL TERRENO O CUERPO

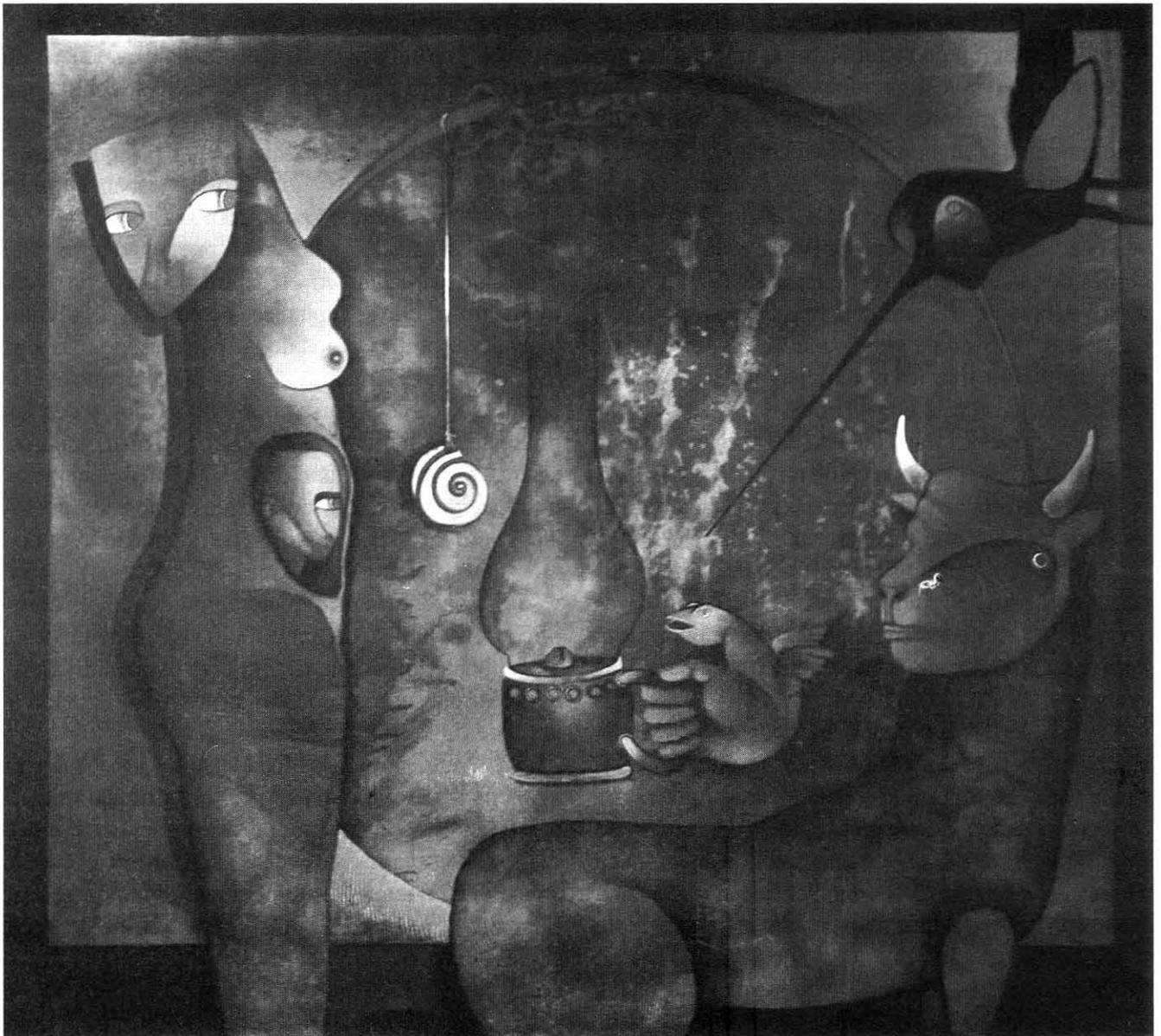
Se entiende por *terreno* o *cuerpo* las características de cada organismo biológico.

El hecho biológico que caracteriza la menopausia, ha sido descrito por Navarro-Despaigne y Cardona Garbey (2007) como la incapacidad del ovario para cumplir el ciclo folicular, con lo cual se pierde la función reproductiva e induce cambios en el ambiente hormonal femenino. Al no haber maduración folicular, no existe síntesis y secreción de estradiol o de inhibina, y tampoco se produce progesterona, con lo que se pierde la capacidad reproductiva.

Durante la etapa climatérica, la hormona más deficitaria en un primer momento es la progesterona, luego los estrógenos; los andrógenos disminuyen, pero su falta no es absoluta. Los niveles de testosterona y androstenediona disminuyen en 20 % la primera y en 50 % la segunda. Estos andrógenos se incrementan en este período, al igual que en otras etapas de la vida de la mujer, y se convierten en tejidos periféricos (como el tejido adiposo, el muscular y posiblemente la piel); por tanto, el cese de la maduración folicular trae como resultado modificaciones cuantitativas y cualitativas del patrón hormonal femenino.

Este reajuste hormonal propio de esta etapa de la vida no puede ser comprendido adecuadamente si se soslaya el carácter activo del ser humano y la producción de su actividad dentro de un conjunto

9  
9  
9  
9  
9  
9  
9



específico de relaciones culturales y sociales en que se inserta por diversas razones:

La causalidad de la salud y la enfermedad requieren de una aproximación que supere el esquema de un ser humano pasivo recibiendo influjos de un medio ambiente inestructurado. La forma en que la persona asume su relación con el ambiente, el grado de satisfacción y el estilo de afrontamiento, son factores determinantes de la forma en que se enfrentan los procesos de salud [Calatayud, 1999; Pérez Lovelle, 1997].

El concepto salud-enfermedad-atención, se expresa en aspectos simbólicos y estructurales, tanto sentidos y significados como con-

diciones económico-sociales [...] en esta medida, tanto la estructura de significado como la social expresan y condicionan al mismo tiempo una determinada construcción social del padecer [Barragan, 2007].

El padecer se expresa en el cuerpo, en tanto corporeidad, entendida como la expresión física, biológica, social y cultural manifestada en el cuerpo humano [Vargas y Casillas, 1999].

En síntesis, la mujer de edad mediana presenta cambios biológicos propios del proceso de envejecimiento, durante el cual la función de las glándulas sexuales disminuye al mínimo. En el mundo occidental, este proceso de cambio se ha vinculado culturalmente con un estereotipo de

enfermedad, decrepitud, pérdida de valores sociales y disminución de la autoestima, aun cuando los resultados de investigaciones realizadas en esta dirección no siempre coinciden con esta visión denigrante de la menopausia (McQuaide, 1998) y sí con el estrés y con las sobrecargas generadas por el desempeño de múltiples roles, asignados por la sociedad en función del sexo. Al parecer, las variaciones de la sintomatología climatérica y la morbilidad asociada, responden más a los patrones culturales, al estilo de vida y a la forma personal de enfrentamiento que a las deficiencias hormonales que caracterizan esta etapa (Lock, 1998).

Estas razones fundamentan la necesidad de que el climaterio sea entendido como un proceso fisiológico, integrado en forma de sistema con los factores culturales y sociales<sup>3</sup> que condicionan la vida de la mujer.

Otro factor biológico de innegable importancia lo constituye el factor genético. Se ha observado que las mujeres suelen tener la menopausia aproximadamente a la misma edad que sus madres (Palacios, 2010).

La experiencia corporal, individual y grupal del climaterio fuerza a la creación de una respuesta mediada por su significación y sentido, construida como la recomposición de saberes e identidades que se expresaran en el lenguaje, la interpretación que haga cada mujer de su forma de sentir, enfrentar y recurrir a la atención formal o informal para dar respuesta a este problema de salud. Esta integración se evidencia en los diferentes engarces del nudo que se explican en los diversos engarces de lo que hemos denominado *nudos críticos* del climaterio y la menopausia.

### **TERCER ENGARCE. LA PERSONA COMO CENTRO DE LA RELACIÓN**

Cada persona puede tener características que le hagan susceptible a padecer problemas de algún órgano o función y no de otros. La mujer en la etapa del climaterio tendrá diferentes manifestaciones según las características de su organismo biológico: a) sana, sin síntomas molestos y sin factores de riesgo; b) con síntomas molestos, sin factores de riesgo; c) con síntomas molestos, con o sin factores de riesgo y con enfermedades crónicas (Sociedades Cubanas de Ginecología y Obstetricia y de Endocrinología, 2006).

La experiencia de las investigaciones realizadas en Cuba y en otros países han acumulado evidencias de que cada mujer percibirá sus síntomas y los enfrentará acorde con las características individuales de su persona, relacionadas con su satisfacción personal, autoestima y proyecto de vida (Artiles-Visbal, Navarro Despaigne y Manzano Ovies, 2007).

La satisfacción personal puede adquirir una expresión particular en el punto medio de la vida, momento en que se replantea su sentido y se revisan los valores propios y los de las personas de más significación. En esta etapa del desarrollo humano es frecuente que la persona se cuestione sus logros en las diferentes esferas de realización personal, valores, aciertos y errores en función de su nivel de aspiraciones. Este proceso se describe en los textos de psicología como la segunda crisis de identidad (Alonso González, Bayarre Vea y Artiles-Visbal, 2004).

La categoría «satisfacción personal» es compleja y responde a un entramado sistémico de otras tres subcategorías que las mujeres expresan y definen con claridad: autoestima, proyecto de vida y percepción de salud.<sup>4</sup>

La autoestima positiva y el autorrespeto son elementos determinantes para el enriquecimiento personal; éstos influyen en que hombres y mujeres sean más humanos y felices. Les permiten crear y conservar relaciones interpersonales satisfactorias, lo cual favorece la capacidad para la toma de decisiones y el logro de una mejor percepción de bienestar y salud. Si por el contrario, la persona se subvalora a sí misma o es subvalorada por otros —lo que resulta frecuente en la mujer de edad mediana, básicamente cuando no está preparada para asumir los cambios vinculados con el proceso de envejecimiento—, suelen aparecer sentimientos de autorrechazo y disminución de la satisfacción personal, acompañados de un *padecer* en cualquier dirección que se somatiza en diferentes síntomas, desde un incremento de los vasomotores hasta los vinculados con la esfera emotiva.

Síntomas como la depresión, la ansiedad, la irritabilidad y el insomnio, que con frecuencia son atribuidos erróneamente al climaterio y *mal tratados* con psicofármacos,<sup>5</sup> en muchos casos responden más al condicionamiento de género y a la consiguiente recarga en el desempeño del rol femenino, que a los reajustes hormonales y metabólicos pro-

pios de esta etapa del ciclo de vida. Estudios realizados en esta dirección asocian la insatisfacción personal con el incremento de los síntomas climatéricos (Nery, Demyttenaere y Faccinetti, 1997).

El enfoque médico social del climaterio y la menopausia requiere que, para dar una orientación adecuada, se indague acerca de las características de cada mujer, vista como persona y sujeto de atención, lo que facilitará un afinamiento del diagnóstico y una precisión pertinente para la orientación terapéutica.

#### **CUARTO ENGARCE. LA BIOGRAFÍA**

La *biografía* expresa en la persona las influencias de todo tipo recibidas a lo largo de la vida; está relacionada con la estructura de la familia, las características de la alimentación, las relaciones con el ambiente y tantas otras. La biografía implica la existencia de la persona, es decir, una estructura de vivencias, experiencias, afectos, temores e incertidumbres, logrados por el solo hecho de vivir. Son bien conocidos los efectos sobre la vida que impone el género, pero también lo son los resultantes del lugar que se ocupa en la familia, la pertenencia a un hogar pobre o rico, la orfandad o la convivencia durante la infancia con adultos de varias generaciones (Vargas y Casillas, 1999).

La manera en que la biografía afecta el riesgo de alterar el proceso «salud-enfermedad», es polimorfa. En ocasiones se trata de la convivencia con personas capaces de transmitirnos el sida o la tuberculosis; en otras, de hábitos personales adquiridos por influencia social, como el consumo de alcohol o tabaco. Fuera de estos mecanismos evidentes, aquellos con quienes convivimos a lo largo de la vida influyen de manera directa en la selección de lo que comemos, en nuestro modo de concebir la salud, la enfermedad y de seleccionar a quien acudir en caso de presentar problemas (ibíd.). Evidencia de lo anterior son los estudios realizados que muestran la diferencia del imaginario y la representación de la menopausia para una mujer que ha tenido en su familia un antecedente de tumor de mama o trastornos psiquiátricos, o sencillamente la menopausia se ha presentado como etapa crítica. La mujer asume que esto le ocurrirá de igual manera se interroga: ¿me volveré loca?, ¿tendré tratamiento psiquiátrico por la menopausia?, ¿también tendré un tumor?

La biografía tiene, como todo, de bueno y de malo. De bueno, porque la mujer atiende más los signos de su cuerpo y solicita atención; de malo, porque se asume el climaterio como una enfermedad y se descansa en ésta buscando medicación, asumiendo una posición pasiva, sin dar respuesta a los verdaderos problemas del entorno en que se encuentra inserta, más por desconocimiento que por otra razón.

La biografía no se puede separar del entorno en que se encuentra la mujer, del ambiente físico y social donde se reproduce biológica y socialmente. El entorno de los seres humanos es altamente complejo. La antropología médica ha intentado explicar los fenómenos de salud y su variabilidad a nivel individual y grupal desde una perspectiva integrada biológica y social.

Los saberes individuales se estructuran sobre las creencias y prácticas de los grupos sociales construidos por la interacción de diversos saberes<sup>6</sup> y estrategias pertenecientes a los distintos modelos médicos (Barragan, 2007).

La concepción de la salud, y en particular la construcción de los saberes de las mujeres de edad mediana acerca del climaterio y la menopausia, se produce en una complejidad de entornos (macro-meso-micro) que interaccionan entre sí conformando una complejidad antropológica que finalmente se constituye en la determinación: a) del actuar de las mujeres y de la sociedad respecto a esta etapa de la vida, y b) del desempeño de los profesionales de la salud o de otros sistemas alternativos no formales<sup>7</sup> dirigidos a dar respuesta a los requerimientos de las mujeres.

#### **Caracterización de los entornos y su determinación en el proceso del climaterio y la menopausia**

El *macroentorno*. Está estructurado por tres componentes básicos: la cultura, la ideología y el Derecho, que condicionan la cosmovisión de las mujeres, de la población, de la concepción de los sistemas médicos y, consecuentemente, de la forma de provisión de los servicios de salud. El Modelo Médico Social, como proceso ideológico: a) parte de la concepción de que los procesos biológico-humanos se entienden como los resultantes de las formas históricas específicas de los seres humanos y tienen un



carácter social, y b) reconoce que, en última instancia, los procesos biológicos son determinados socialmente (Barragan, 2007).

La *cultura* significa formación del ser humano, y se expresa en el conjunto de los modos de vida y de pensar cultivados y pulimentados en el proceso de su interacción con la naturaleza. En este marco se expresa la *ideología*, como visión del mundo y capacidad de construir y dirigir el comportamiento de los seres humanos, lo que se explicita en el *Derecho*, en sus dos acepciones como Derecho subjetivo, entendido por la facultad de «hacer alguna cosa» concedida o permitida por las leyes, o como Derecho en sentido objetivo, como conjunto de leyes, según la definición de Abbagnano (1972). Estos tres componentes con-

forman el sustrato más general de la determinación social, sobre el que se erige la forma de pensar y de vivir de los seres humanos, articulado con el resto de los entornos e interactuando dialécticamente entre ellos.

Para esta etapa de la vida de las mujeres de edad mediana, los modelos culturales (referidos a la figura corporal) que prevalecen, son modelos de belleza sustentados en el cuerpo joven, delgado, elástico; en la cultura farmacológica, centrada en productos *milagrosos*, entre otros el uso indiscriminado y no individualizado de los tratamientos hormonales de reemplazo (THR), psicofármacos *mágicos* como la sertralina y el prozac, que transforman el climaterio de un proceso fisiológico en patológico; en trastornos alimentarios como la

10  
SSSSSSSS

anorexia y la bulimia, que aparecen en este grupo poblacional y que, unidos a las cirugías estéticas, pretenden dar respuesta a los patrones de belleza establecidos.

El *mesoentorno*. Está compuesto por el espacio geográfico y el territorio, entendido el primero como el sistema de acciones, formas y funciones de la naturaleza modificada por los seres humanos, como construcción social; y el segundo, como delimitación espacial de poder político y administrativo de instituciones formales y no formales de la sociedad (Íñiguez-Rojas, 2008).

El espacio geográfico influye de diferentes maneras según el nivel de desarrollo: a mayor nivel de desarrollo de los países, la edad de menopausia tiende más hacia los cincuenta años, edad promedio de ocurrencia a nivel internacional. En España se reporta entre los cuarenta y ocho y cincuenta y un años (Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, 2008). En estudios realizados en América Latina se identifica una alta frecuencia de mujeres que la edad de menopausia precedió los cuarenta y nueve años: Santiago de los Caballeros, República Dominicana (51 %); Lima, Perú (82 %), Caracas, Venezuela (63 %), La Habana, Cuba (45,9 %) (Chedraui *et al.*, 2008). Respecto a la percepción de síntomas, se señala que las mujeres japonesas y chinas los refieren con menor intensidad y frecuencia que las correspondientes americanas y africanas (Gold *et al.*, 2000). Según la ubicación urbana o rural, se reporta en estudios realizados en Cuba una frecuencia mayor y diversa de síntomas en las mujeres que viven en áreas urbanas respecto a las de zonas rurales, aunque la edad de menopausia no se diferencia sustantivamente (Artiles-Visbal *et al.*, 2007).

El territorio, como espacio del poder político y administrativo institucional, se manifiesta en normativas, protocolos y modelos para la atención. El reconocimiento en Cuba de los derechos sexuales y reproductivos de este grupo poblacional, expresados en el artículo 78 del Plan Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing (Consejo de Estado de la República de Cuba, 1997) y el Modelo de Atención a la Mujer Climatérica (MACLI) (Manzano-Ovies, 2007), que aparece en la década del noventa, ha promovido estudios e introducido el diagnóstico médico social con enfoque de género,

lo que ha permitido un diagnóstico y tratamiento individualizado y una horizontalidad en la atención a la mujer en esta etapa de la vida. Esta condición ha influido en el conocimiento, las actitudes y prácticas de proveedores de salud, y de las mujeres como sujetos de atención. La expresión de una mujer al señalar que «al asistir a la consulta me sentí más que un útero, me sentí un ser humano», es referencia de estos avances, aunque aún queda mucho por andar.

El *microentorno*. Se define por el conjunto de las relaciones más inmediatas entre la persona y las redes que construye en la vida cotidiana: familia, pareja, amigos, trabajo. Las creencias y prácticas reales respecto a la salud y a la enfermedad, y los modelos de atención son acciones en las que «intervienen tanto curadores profesionales como el propio grupo de relación familiar doméstico, cuyas formas combinan elementos pertenecientes al contexto teórico-médico biomédico, componentes de la medicina doméstica y sistemas de prácticas considerados alternativos» (Barragan, 2007). Estudios realizados en La Habana han mostrado que las relaciones del microentorno incrementan la percepción de los síntomas climáticos: disfunción de la dinámica familiar (2,61), disfunción de la dinámica de pareja (2,5),<sup>9</sup> sobrecarga del trabajo doméstico (2,3), insatisfacción laboral (2,48), insatisfacción personal (2,24) (Odd Ratio 95 %) (Artiles-Visbal *et al.*, 2007). También el desempleo, el estrés y otros relacionados con el entorno inmediato son reportados por otros autores (Gold *et al.*, 2000). Estos resultados son muestra de la influencia del microentorno en la percepción de los síntomas climáticos. La experiencia cubana ha mostrado que la comprensión de esta realidad por la mujer ha contribuido positivamente a enriquecer su historia de vida, con conocimiento consciente de la determinación de los factores sociales inmediatos —particularmente los relacionados con la sobrecarga de género— sobre la persona, lo que mejora su capacidad de enfrentamiento y respuesta al proceso natural en que se encuentra inmersa.

De lo anterior se deducen las dificultades para comprender la forma absolutamente individual y personal en que cada mujer padece el síndrome climatérico. Reconocer esta complejidad es

el inicio de un largo camino con el fin de plantear políticas, estrategias, programas y acciones para la atención con calidad de este grupo poblacional.

### QUINTO ENGARCE. LOS CAPITALES

Un concepto útil para entender el papel que ejerce el medio sobre el padecer, es lo que la sociología francesa ha llamado los diferentes *capitales* de la persona (Vargas y Casillas, 1999).

El primer capital es el *económico*, en el que se engloba todo aquello que la persona puede transformar en dinero o su equivalente y que puede invertir en la obtención de la salud. Aquí se incluyen desde los bienes materiales hasta la pertenencia a los sistemas de seguridad social o la adquisición de seguros para atender los problemas de salud, los cuales, en la mayoría de los países, siempre implican una transacción económica directa o indirecta. El acceso a los servicios de salud y los requerimientos de atención para la cobertura integral a la etapa del climaterio depende, en los países capitalistas, de la capacidad de pago. Este tipo de servicio se privilegia en la medicina privada. Las necesarias tecnologías (mamografía, ultrasonido, exámenes de laboratorios y medicamentos) que exigen el abordaje médico, estratifica el acceso de las mujeres, limitadas por la capacidad de pago. Asimismo, los grupos de mujeres socialmente vulnerables no buscan ni acceden a estos servicios, lo cual implica que existe un vacío de conocimientos acerca del comportamiento del climaterio en estas poblaciones excluidas e inequidad en el acceso a los servicios de salud.

El segundo capital es el *cultural*, integrado por los conocimientos, valores, actitudes o creencias en torno al climaterio y la menopausia, producto de la interacción entre el medio y la persona a lo largo de la vida.

El tercer capital es el *social*, logrado a través de las redes sociales, de familiares, amigos, conocidos o personas voluntarias o profesionales capaces de apoyar en forma material y emocional a quien padece.

Finalmente, el cuarto capital es el *simbólico*, o sea, la forma en que se asumen los demás capitales cuando la sociedad los percibe y reconoce su legitimidad. Lo simbólico de la menopausia se traduce en diferentes mitos.<sup>10</sup>

Para ejemplificar el capital simbólico hemos seleccionado un mito muy frecuente vinculado con la mujer de edad mediana: la disminución del deseo sexual. El propósito es develar cómo se involucran los significantes estructurales en la elaboración de un mito cuya base real está en la conducta cotidiana de las mujeres en la edad del climaterio.

Para obtener la información se realizó un estudio en ciento cincuenta mujeres, de las cuales treinta refirieron una disminución del deseo sexual atribuyéndola a que se encontraban en el climaterio. Es decir, a su entender «el deseo sexual disminuía porque habían llegado a la menopausia», por lo que «la menopausia era la responsable de tal comportamiento».

Resulta conocido que, desde lo biológico, no existe una modificación sustantiva de los andrógenos (hormonas que rigen el deseo sexual) cuando se ha llegado a la menopausia, o que la frecuencia con que se presenta en las mujeres es baja, sobre todo en la perimenopausia. En la postmenopausia tardía<sup>11</sup> aparece en cierta medida pero más vinculada con la atrofia urogenital, propia del proceso de envejecimiento y la depleción estrogénica. Entonces, cabe preguntarse: ¿por qué en diferentes culturas se construye este mito?, ¿es una realidad biológica o un condicionamiento cultural? Del discurso de las mujeres se identificó:

No tengo deseos, pero tengo que hacerlo, pues para eso es el matrimonio.

No lo deseo, pero lo hago para que él se sienta bien. Él no se da cuenta de nada.

No quiero que me toque, pero él me dice que tengo otro.

No tengo deseos, pero tengo que hacerlo porque ahorita aparece otra.

Tengo molestias, sequedad en mis partes, pero no se lo digo.

Finjo para que él no se dé cuenta, ¡¡¡y lo hago más bien!!!

La lectura analítica de estas frases nos muestra que, tras el mito de la disminución del deseo sexual, existen otros subyacentes. En las declaraciones precedentes se identifica claramente la relación de dependencia y la inferioridad de poder femenino en la relación de pareja. Estas mujeres entrevistadas tienen nivel medio y superior de escolaridad, presentan buenas condiciones de vida y en su mayoría son tra-

bajadoras; incluso, en algunos casos, ocupan espacios importantes de poder en el mundo público. Sin embargo, en su relación de pareja, aun sin desearlo, refieren la obligatoriedad del vínculo sexual, interiorizan la conducta del *cuerpo de otros*, ausencia de control sobre el recurso «cuerpo».

Al analizar el contenido del discurso de la entrevista, detrás de estas referencias pudimos identificar, entre otros:

- una historia negativa de la relación de pareja;
- persistencia del matrimonio por costumbre, por el cuidado y mantenimiento de los hijos y de la familia;
- falta de decisión para dejar la pareja después de muchos años de convivencia;
- falta de comunicación: nunca le confiesa a su pareja el malestar que siente y *finje* una relación placentera, culpándose de su malestar.

De todos estos capitales se echa mano para lidiar con la perturbación profunda de la existencia provocada por el padecer.

Padecer la menopausia implica necesariamente una interacción entre todos estos factores, mediados por la personalidad de cada mujer y su forma de enfrentamiento a la vida cotidiana. Sentirse enferma o en peligro de estarlo se percibe como fragilidad, y no siempre las mujeres cuentan con las herramientas para darle salida. De ahí la importancia del equipo de salud para ofrecer la orientación adecuada.

Es necesario integrar las diferentes expresiones biológicas de la menopausia (las alteraciones menstruales; la aparición de fibromas y prolapsos, entre otros; los síntomas climatéricos vasomotores, de la esfera emotiva, genitourinarios y de la sexualidad) con la biografía y las relaciones con el ambiente, entornos que constituyen las condiciones de vida de la mujer de edad mediana. La atadura del nudo es más fuerte cuando aun resulta insuficiente la formación de los proveedores de salud (médicos y paramédicos) para manejar integralmente a la mujer de edad mediana, y la preparación de las mujeres para enfrentar este proceso del curso vital con optimismo y seguridad.

En algunas de estas mujeres la disminución del deseo sexual se localiza en el ejercicio de múltiples roles: son trabajadoras, muchas de ellas profesionales, que tienen a su cuidado hijos, nietos,

ancianos o enfermos, y que comparten casi en igualdad las demandas y ejercicio del espacio profesional con el doméstico, lo cual genera fatiga y cansancio, estado de estrés por la constante contradicción entre la *cabeza profesional* que exige su tiempo y la *cabeza ama de casa*, la *cabeza abuela* y la *cabeza cuidadora*. Estas exigencias provenientes de la estructura social y de las propias mujeres generan un estado de estrés, que contribuye a la disminución del deseo sexual con mucha mayor fuerza que los ajustes hormonales propios de esta etapa de la vida.

### **¿Cómo se construye el mito de la disminución del deseo sexual con la menopausia?**

El modelo biocultural de género determina que la relación sexual constituye el vehículo para la reproducción. De esta manera, la mujer (cuerpo-reproducción) es el reservorio natural para generar la nueva vida.

La menstruación es la expresión externa de que la mujer está en plena capacidad reproductiva; por tanto, el cuerpo-reproducción está en plenitud. Hay patrones culturales en los que éste es su único fin, subvalorando la relación «cuerpo-placer», lo que convierte a la mujer de sujeto en objeto de reproducción solamente.

La menopausia representa el cese de la menstruación y consecuentemente de la capacidad reproductiva, lo cual resulta objetivo, real y biológico. El mito debe haberse estructurado sobre la base siguiente: con la pérdida de la capacidad reproductiva, fin por el que se mantiene la relación sexual, disminuye esta última; por tanto, la menopausia disminuye el deseo sexual.

La fórmula condicional «no capacidad reproductiva = no deseo sexual» constituye el cimiento sobre el que se estructura una serie de comportamientos sociales como expresión del modelo biocultural de género, y que se elaboran en diferentes espacios de similar manera. En la medida en que van ocupando nuevos espacios, las mujeres necesitan una mayor capacidad de respuesta física y psíquica para dar frente a la multiplicidad de roles asignados y asumidos por ellas. No siempre están conscientes de que las sobrecargas generadas por la multiplicidad de funciones influyen en su comportamiento sexual, y por consiguiente no estructuran las estrategias para

darle respuesta. Asimismo, el mito de la disminución del deseo sexual deviene tabla salvadora: por una parte, una suerte de estrategia de sobrevivencia para evitar el contacto sexual cuando no se desea; por otra, atribuir a la menopausia (factor biológico) la responsabilidad y considerarla como una disfunción sexual, lo hace inmutable. Si se asignara a otros factores, como la calidad de la relación de pareja y de la comunicación interpersonal, la privacidad, la autoestima o la satisfacción de sí misma, habría que actuar sobre estos factores para modificarlos, y «de esto no se habla», porque se entrama en una lucha de poderes en lo privado y denota el insuficiente dominio del «recurso cuerpo» en el desarrollo de la autonomía a nivel consciente de las mujeres de edad mediana.

Se trata pues de preparar a las mujeres para asumir este proceso en el mundo de hoy con la capacidad de convicción de que el reparto equitativo de funciones puede favorecer una mayor calidad de vida para todos: el empoderamiento, el fortalecimiento de la autoestima, el desarrollo de la conciencia de que el tiempo de *ellas* debe preservarse y de que son dueñas absolutas de su cuerpo y deseos. En general se trata de favorecer una concientización para ellas; de sensibilización y toma de conciencia de *los (las) otros(as)* y favorecer una nueva plataforma de diálogo más equitativa para la sexualidad de las mujeres de edad mediana.

### **SEXO ENGARCE. EL DIAGNÓSTICO DE LOS PADECERES: DEL OBJETO AL SUJETO DE ATENCIÓN**

El proveedor de salud que no viva el padecer de la mujer desde un diagnóstico médico-social integral, va a ejercer su actuación desde el esce-

nario de poder del médico: conversión de la mujer en objeto de atención, medicalización del proceso y subordinación de la mujer ante el poder/saber profesional.

El Modelo de Atención a la Mujer Climatérica y la utilización del diagnóstico médico-social perfecciona el funcionamiento del trabajo en equipo, el diagnóstico y la decisión terapéutica; más de la mitad de las mujeres reconoce su responsabilidad en la construcción de su bienestar y su salud.

La mujer de edad mediana debe tratarse más allá del concepto de paciente con un problema de salud. La atención debe constituir un reto intelectual para el sistema y los proveedores de salud. Las mujeres no son un mero trámite, un número de historia clínica o un registro de consulta, cuyo destino son las estadísticas y los informes burocráticos, sino una persona que merece atención personalizada con calidad y calidez.

### **CONSIDERACIONES FINALES**

El reto en la atención de la mujer de edad mediana está en la mejora continua del sistema de salud en todos sus procesos (promoción, prevención, atención y rehabilitación) y en la formación de recursos humanos con una visión humanista de la atención integral en salud.

El hecho de comprender que los nudos críticos pueden ser desatados desde la orientación pertinente, adecuada e integral, constituye una importante herramienta para contribuir a la mejora de la calidad de vida de un grupo poblacional que va en incremento y que progresivamente aumentará en correspondencia con el incremento de la esperanza de vida de la población cubana (Alfonso-Fraga, 2007).

#### **NOTAS**

<sup>1</sup> El modelo médico hegemónico se corresponde con el ámbito de la atención médica y se caracteriza por una concepción de la salud biológica, clínica e individual con un enfoque curativo centrado en la enfermedad, medicalización de los procesos, práctica «tecnologizada» y una cultura medicocentrista que expropia al paciente del acto diagnóstico, la orientación y la toma de decisiones (Fernández-Sacasas, 2000).

<sup>2</sup> «Cuando se explica la diferencia de la conducta de los géneros por las características biológicas, se pretende dotar de bases estables e irreversibles a la dominación patriarcal. Obsérvese que nunca es el sector dominante el que actúa merced a los impulsos de su biología, sino siempre el subordinado. Así, ante una misma conducta (por ejemplo, la depresión producida a cierta

edad por la pérdida de roles activos y el paso a la vejez) se subrayará, si se trata de un hombre, que es producida por factores sociales (como la jubilación) y, si es una mujer, se explicará por factores biológicos (como la menopausia)» (Juliano, 1998).

<sup>3</sup> «La Teoría de Sistemas indica que “el todo es más que la suma de las partes”; es decir, la organización del todo propicia cualidades emergentes, pero también señala que “el todo es menos que la suma de las partes”, pues puede desplegar cualidades inhibidas desde el todo, con lo cual el factor “local” cobra importancia sistémica desde la organización» (E. Morin, 2001, citado por Zapata, 2007).

<sup>4</sup> *Autoestima*: conjunto de ideas y sentimientos acerca del valor que el individuo se atribuye a sí mismo. Expresa una actitud de

aprobación o desaprobación que indica hasta qué punto el sujeto se valora como una persona capaz y significativa (Alonso-González, Bayarre Vea y Artilles-Visbal, 2004). *Proyecto de vida*: estructuración temporal futura de la personalidad que se concreta en los ideales, las intenciones, las aspiraciones y las metas que se trace el sujeto (González-Rey, 1992). *Percepción de salud*: representación que tiene el individuo acerca de su estado o condición de salud, expresada en términos valorativos de placer o displacer, de satisfacción o insatisfacción y que puede o no corresponderse con el nivel funcional real de su organismo (Alonso-González, Bayarre Vea, y Artilles-Visbal, 2004).

<sup>5</sup> Por tal razón, en algunos renglones de la literatura, a este enfoque medicalista se le ha denominado «psiquiatrización del climaterio».

<sup>6</sup> «El “saber” en los grupos sociales se nutre del “saber cotidiano”: la suma de los conocimientos que todo sujeto debe interiorizar para poder existir y moverse en su ambiente [...] el saber cotidiano constituye el fundamento de todo saber [...] el saber cotidiano surge de la necesidad y de las experiencias personales» (Heller, 1998, citada por Barragan, 2007).

<sup>7</sup> *Práctica formal*: la que se presta por el profesional de la salud, entendido como la persona a quien se atribuye, o demuestra,

capacidad para atender o resolver de manera habitual los problemas de salud; para ello cuenta con el apoyo y reconocimiento de su sociedad y del sistema de salud imperante. *Práctica no formal*: sistema de prácticas consideradas como alternativas (acupuntura, homeopatía, naturismo y espiritismo).

<sup>8</sup> «[...] los límites territoriales son impuestos, y los espaciales son contruidos socialmente» (Íñiguez Rojas, 2008).

<sup>9</sup> Ambas cantidades resultan estadísticamente significativas.

<sup>10</sup> El mito es una explicación de la realidad determinada por ciertas convicciones religiosas o filosóficas, de modo que en todo mito siempre hay, junto al elemento imaginario o fantástico, un contexto histórico objetivo. Según Lévi-Strauss (Lévi-Strauss, 1970), un mito expresa sentimientos fundamentales, y cada sociedad expresa sus sentimientos más puros como mitos. De esta manera, la mitología se considera o interpreta como un reflejo de la estructura social. El mito nace con el ser humano a partir del reflejo incompleto y distorsionado de la realidad objetiva debido a la ignorancia y el miedo.

<sup>11</sup> *Postmenopausia tardía*: cuando han transcurrido más de cinco años después de la menopausia. Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), se entiende la menopausia como el estado alcanzado después de doce meses de amenorrea ininterrumpida secundaria al fallo ovárico.

## ===== BIBLIOGRAFÍA =====

ABBAGNANO, N. (1972). *Diccionario de filosofía*. Instituto Cubano del Libro, La Habana.

ALFONSO-FRAGA, J. C. (2007). «Cuba: características sociodemográficas de las mujeres de edad mediana». En L. Artilles-Visbal, D. A. Navarro Despaigne y B. R. Manzano Ovíes: *Climaterio y menopausia: un enfoque desde lo social*. Ed. Científico Técnica, Ciudad de La Habana, pp. 21-37.

ALONSO-GONZÁLEZ, R., H. BAYARRE VEA y L. ARTILLES-VISBAL (2004). «Construcción de un instrumento de satisfacción personal en mujeres de mediana edad». *Rev. Cub. Salud Pública*, vol. 30, no. 2, abril-junio, pp. 126-131.

ARTILLES-VISBAL, L. (2008). «Women in the Middle: Cuba's Sandwich Generation». *MEDICC Review*, vol. 10, no. 3.

ARTILLES-VISBAL, L., D. A. NAVARRO DESPAIGNE y B. R. MANZANO OVIES (2007). *Climaterio y menopausia. Un enfoque desde lo social*. Ed. Científico Técnica, Ciudad de La Habana.

ARTILLES-VISBAL, L. et al. (2007). «Ambiente, persona, sociedad y cultura: integralidad en el proceso de atención a la mujer de edad mediana». En L. Artilles-Visbal, D. A. Navarro Despaigne y B. R. Manzano Ovíes: *Climaterio y menopausia. Un enfoque desde lo social*. Ed. Científico-Técnica, Ciudad de La Habana, pp. 58-65.

Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (2008). En [http://www.aeem.es/ampliar\\_prensa.asp?id=1](http://www.aeem.es/ampliar_prensa.asp?id=1) (consultado: 13 de febrero de 2010).

BARRAGAN, A. S. (2007). «La enfermedad como experiencia: problema de la investigación de la antropología física». En B. L. Parra y F. Peña Saint Martin: *Antropología física, salud y sociedad. Viejas tradiciones y nuevos retos*. Departamento de Publicaciones de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, pp. 97-113.

CALATAYUD, F. M. (1999). *Psicología de la salud: conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. Ed. Científico Técnica, Ciudad de La Habana.

CASTELLANOS, P. L. (1991). *Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud*. OPS/OMS, Washington, D.C.

CHEDRAUI, P. et al. (2008). «Impaired quality of life among middle aged women: A multicentre Latin American study». *Maturitas doi*, 10.1016.

Consejo de Estado de la República de Cuba (1997). «Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing». *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, Ciudad de La Habana, 5 de mayo de 1997.

DUETZ, M. et al. (2000). «Self-rated health, life satisfaction and personal characteristics of postmenopausal women under estrogen replacement therapy». *Maturitas*, vol. 35, no. 1, pp. 71-79.

FERNÁNDEZ-SACASAS, J. (2000). «Los componentes de la práctica clínica». *Arch Ateneo Juan César García*, no. 1, pp. 5-9.

Gold, E. et al. (2000). «Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic populations of women 40-55 years of age». *American Journal of Epidemiology*, vol. 152, no. 5, pp. 463-473.

GONZÁLEZ-REY, F. (1992). *Personalidad, modo de vida y salud*. UNAM, México, D.F.

GREER, G. (1993). *El cambio. Mujeres, vejez y menopausia*. Anagrama, Barcelona.

HELLER, A. (1998). *Sociología de la vida cotidiana*. Península, Barcelona.

ÍÑIGUEZ-ROJAS, L. (2008). «Geografía y salud en Cuba: tendencias y prioridades». En <http://www.uh.cu/entros/cesbh/Archivos/bvirtual/Luisa6.pdf> (consultado: 13 de febrero de 2010).

- JULIANO, D. (1998). *Las que saben: subculturas de mujeres*. Horas y Horas, Madrid.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1970). *Antropología estructural*. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.
- LOCK, M. (1998). «Menopause: Lessons from Anthropology». *Psychosom Med*, no. 410, p. 19.
- MANZANO-OVIES, B. R. (2007). «Modelo de atención a la mujer climatérica. Su valor como modelo de prevención». En L. Artilles-Visbal, D. A. Navarro Despaigne y B. R. Manzano Ovies: *Climaterio y menopausia. Un enfoque desde lo social*. Ed. Científico Técnica, Ciudad de La Habana, pp. 327-335.
- MCQUAIDE, S. (1998). «Women at midlife». *Soc Work*, vol. 43, no. 1, pp. 21-31.
- NAVARRO-DESPAIGNE, D. y D. CARDONA GARBEY (2007). «Consecuencias hormonales del cese de la función reproductiva del ovario». En L. Artilles-Visbal, D. A. Navarro Despaigne y B. R. Manzano Ovies: *Climaterio y menopausia. Un enfoque desde lo social*. Ed. Científico Técnica, Ciudad de La Habana, pp. 147-155.
- NERY, I., K. DEMYTTENAERE y F. FACCINETTI (1997). «Coping style and climacteric symptoms in a clinical sample of postmenopausal women». *J. Psychosom Obstet Gynaecol*, vol. 18, no. 3, pp. 229-233.
- PALACIOS, S. (2010). «¿Qué es la menopausia?». En [http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp.?ID\\_CATEGORIA=101187&RUTA=1-747-101183-101-187](http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp.?ID_CATEGORIA=101187&RUTA=1-747-101183-101-187) (consultado: 10 de febrero de 2010).
- PÉREZ LOVELLE, R. (1997). *La psiquis en la determinación de la salud*. Ed. Ciencia y Técnica, La Habana.
- PNUD (2006). *Informe sobre desarrollo humano 2006. Poder, pobreza y la crisis mundial del agua*. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Sociedades Cubanas de Ginecología y Obstetricia y de Endocrinología (2006). *II Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia. Taller Nacional de Actualización y Revisión*. Ciudad de La Habana.
- TABOADA, L. (2008). «El contubernio de la medicalización al desnudo». *Mujer Salud*, no. 118.
- VARGAS, L. A. y L. CASILLAS (1999). *Perspectiva antropológica de la participación comunitaria para la promoción de la salud*. García Viveros M ICEPSS, Las Palmas de Gran Canaria.
- ZAPATA, M. A. (2007). «Un acercamiento a la complejidad». En B. L. Parra y F. Peña Saint Martin: *Antropología física, salud y sociedad. Viejas tradiciones y nuevos retos*. Departamento de Publicaciones de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, p. 47.



**Todo gira** (2006)  
 Acrílico sobre lienzo, 70 x 90 cm