

Discursos médicos y creencias sobre la sexualidad en el climaterio: Mujeres en Cancún, Quintana Roo

Adriana Leona Rosales Mendoza

(...) el sistema médico es también estratégico para la opresión de la mujer. La ciencia médica ha sido una de las fuentes más poderosa de la ideología sexista de nuestra cultura. Las justificaciones para la discriminación sexual -en educación, en el trabajo, en la vida pública- recaen sobre la única cosa que diferencia a las mujeres de los hombres: sus cuerpos. Las teorías de la superioridad masculina descansan finalmente en la biología. (Ehrenreich and English, 1973).

Este artículo intenta contribuir a la discusión en torno a la posibilidad de un ejercicio sexual placentero entre las mujeres maduras y mayores, explorando las condiciones genéricas que influyen en la supuesta pérdida del deseo sexual cuando se atraviesa por el climaterio. El discurso médico dominante estima que las mujeres que llegan a la etapa no reproductiva del curso de vida experimentan menor deseo sexual, y como consecuencia de ello disminuyen sus prácticas de sexualidad. Si miramos esta situación a la luz de la perspectiva de género probablemente hallaremos otras dimensiones relacionadas con el hecho de que muchas mujeres deciden dar término a su ejercicio sexual precisamente en el momento en que llega la menopausia, lo que puede obedecer a los significados culturales que se confieren a dicho acontecimiento y a los ordenamientos sociales en torno al género.

Las interrogantes que propiciaron esta reflexión derivaron de la lectura de algunos

artículos que dan cuenta de la relación entre los cambios físicos producidos en el cuerpo y las percepciones sobre la sexualidad femenina en ciertos contextos. Paula Nicolson (1994), quien ha explorado los significados atribuidos a los eventos de la trayectoria de vida, indica que si “la anatomía femenina es destino” las experiencias de las mujeres se vinculan con el hecho de haber nacido con un cuerpo femenino. Por su parte Beyene (1991) apunta que en culturas como la maya, en donde la identidad femenina se encuentra muy ligada a la reproducción y la maternidad, las mujeres que llegan a una etapa no procreativa del ciclo de vida, presentan cambios en la percepción de sí mismas y se sienten liberadas de una pesada carga, pero al mismo tiempo dicen sentir menos deseo sexual. Por otra parte Linda Gannon (1994) sugiere que los cambios físicos producidos durante el climaterio obedecen más al proceso de envejecimiento que a los cambios hormonales que se producen después de la menopausia.

A partir de ahí surgieron interrogantes para indagar más a fondo en torno al tema: ¿A qué atribuyen que se modifiquen sus prácticas sexuales? ¿Cuáles son las razones o motivos por los que mujeres de ciertos contextos afirman que su deseo y satisfacción sexual disminuyen durante el climaterio o después de la menopausia? ¿Existe una relación directa entre el climaterio y la pérdida del deseo y el placer, o son acontecimientos independientes que ocurren al mismo tiempo? Si poseer o habitar un cuerpo femenino otorga particularidades a las experiencias sexuales, ¿cómo interpretan algunas mujeres los cambios físicos y emocionales ocurridos en el climaterio con relación a su sexualidad?, ¿los vinculan o encuentran que no existe una

relación causal entre los malestares físicos del climaterio y el ejercicio sexual?

Se ha supuesto en “la mujer” una capacidad disminuida para sentir deseo y experimentar placer sexual, idea que refuerzan diversos discursos dominantes, entre los que destaca el discurso médico. El estigma de mujer “menopáusica”, expresión por demás peyorativa, supone que se ha satisfecho la sexualidad mediante la maternidad, y que se atraviesa por un proceso en el cual se deja de sentir deseo y sensaciones corporales placenteras. Si bien la menopausia es un acontecimiento fisiológico, el significado conferido al mismo es particular en cada contexto histórico, cultural, social, económico, político y personal.

Dentro del construccionismo social hay una corriente que niega la presencia de un deseo inherente en el ser humano, y otra que considera que “el deseo es innato, pero se construye a partir de los actos, la identidad, la elección del objeto, y la comunidad” (Vance, 1989: 111). Es sumamente arriesgado afirmar que lo que somos los humanos, nuestro cuerpo, nuestra mente, nuestro ser, es sólo un constructo social; la biología sigue definiendo genéticamente nuestro cuerpo, sexo, talla y color de piel, entre otras cosas. No es el lugar aquí para abordar si nuestro deseo sexual es más biológico que cultural o viceversa, pero me adhiero al planteamiento de que el deseo se relaciona con los procesos de conformación de la identidad en contextos culturales particulares.

El deseo y el placer constituyen procesos físicos y psicológicos, pero también simbólicos, que se forjan en la interacción con otro(s), sean éstos personas, animales u objetos. Aunque las diferencias naturales se interpreten a través de la cultura, nada nos

autoriza a negar la existencia de un cuerpo que está formado de carne, huesos, órganos, humores y fluidos; lo interesante es comprender que significan “algo” a la luz de cada cultura particular. Por ejemplo, la sangre menstrual es un fluido corporal que en términos simbólicos es tomada como contaminante entre los mayas yucatecos, motivo por el cual las jóvenes deben permanecer en sus casas alejadas de la milpa durante la ceremonia que se celebra para las labores de cultivo: *hedzlu'um*.

El proceso de construcción cultural del sexo, y por tanto del cuerpo, tiene que ver con las representaciones de una sexualidad que ha sido acuñada para ejercer poder sobre los otros (Foucault, 1993). La sexualidad se ordena bajo mandatos sociales que consisten en normar los deseos, placeres, necesidades y afectos de las personas. El climaterio se constituye en un espacio para hacerlo, aunque como veremos, las mujeres no son entes receptivos sino personas que toman decisiones sobre el ejercicio de su sexualidad.

Para contrarrestar la explicación de que un acontecimiento biológico como la menopausia determine el ejercicio de la sexualidad sitúo las percepciones del deseo y el placer, más que en el ámbito anatómico o fisiológico del cuerpo, en el espacio simbólico del mismo; tomando en cuenta que la carne constituye el cuerpo al que se confieren significados culturales. Para explicar la supuesta pérdida del deseo y el placer sexual en mujeres maduras, planteo, siguiendo a Linda Gannon (ob. cit.), que las representaciones del deseo y el placer sexual se vinculan más con los procesos de la trayectoria de vida (como podría ser el envejecimiento) que con los cambios

hormonales que se producen después de la menopausia. Sugiero que además, e independientemente de atravesar por el climaterio, las mujeres maduras experimentan modificaciones en sus relaciones de pareja y en la percepción que tienen de sí mismas debido a las construcciones socioculturales de género.

En el primer apartado efectúo una pequeña revisión de lo que algunos textos médicos dicen en torno al climaterio, con el objetivo de entablar una discusión con el supuesto de que ciertos cambios físicos ocurridos a raíz de la menopausia causan la disminución del deseo y el placer sexual femenino. Enseguida, presento las percepciones de algunas mujeres en torno al tema, específicamente sobre los placeres y malestares durante el climaterio en su cruce con las relaciones de género y sexualidad. Finalmente incluyo los casos particulares de tres mujeres (subrayando el de Matilde) que han sufrido violencia de distintos tipos.

El discurso médico dominante sobre la sexualidad durante el climaterio

El discurso médico sobre la menopausia y el climaterio es un instrumento de control de la sexualidad femenina pues subestima las posibles prácticas sexuales placenteras de las mujeres, además influye en la construcción de estereotipos femeninos mediante una serie de normas avaladas por una doble moral sexual diferenciada para hombres y mujeres en contextos históricos y culturales determinados. El climaterio es observado como una etapa estéril no sólo desde su dimensión biológica sino también en relación con ciertas condiciones sociales y psicológicas que involucran la vida personal, útil,

productiva y de valía de las mujeres. Mucho de lo que las mujeres perciben de sí mismas tiene que ver con las representaciones de un discurso médico dominante que concibe a “la mujer” como un ser sexuado sólo en términos de su capacidad reproductiva (Ehrenreich y English, 1973).

La población femenina mayor de 50 años en México ha estado marginada en el contexto de las políticas públicas del Estado. El Programa Nacional de la Mujer (1996) considera *de la tercera edad* a las mayores de 60 años. El Programa de Salud Reproductiva (1995) comprende aquellos aspectos relativos a la planificación familiar, la salud perinatal, la salud reproductiva de los adolescentes, el tratamiento de cáncer del aparato reproductivo, la prevención, detección y manejo de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, y la atención en el climaterio y la menopausia. Se considera a las mujeres de entre 15 y 49 años como mujeres en edad fértil, y las *posmenopáusicas* no tienen un rango determinado de edad. El mismo programa estima que “como consecuencia del notable incremento en la esperanza de vida al nacimiento en nuestro país, un número considerable (aproximadamente siete millones) de mujeres pasarán una parte importante de su vida en la *condición posmenopáusica*” (p. 11), por lo que se considera relevante “instrumentar acciones de información educativa y social, así como de prestación de servicios en diferentes niveles de atención para el manejo del *síndrome climatérico* y la *condición posmenopáusica* con el fin de prevenir sus complicaciones” (ibid: 17).

El documento considera como complicaciones la atrofia urogenital, la arteriosclerosis,

la osteoporosis y las alteraciones psicológicas (ibid: 11). Dentro de las metas se pretende mejorar el nivel de vida de las mujeres en edad post-reproductiva a partir del estudio de la *sintomatología del síndrome climatérico* y sus complicaciones, otorgando servicios de calidad que incluyan orientación, consejería y manejo oportuno del climaterio (ibid: 23). Las estrategias y líneas de acción contemplan “implementar un programa de educación continua y vigilancia de la perspectiva de género al personal prestador de servicios de salud reproductiva” (ibid: 32). Aunque en varios apartados se habla de la perspectiva de género, la problemática de las mujeres en edad no fértil es tratada exclusivamente desde su aspecto biomédico. Se habla de alteraciones psicológicas pero no se explica qué se entiende por ello, y mucho menos se vinculan esas supuestas modificaciones con situaciones que tengan que ver con las relaciones de género, ya sean éstas de pareja, con los hijos o con los prestadores de servicios de salud. Es evidente que las políticas de salud reproductiva, como su nombre lo indica, están dirigidas sobre todo a la población femenina en edad fértil.

Hasta ahora, en México, no se ha implementado ninguna estrategia de acción que beneficie a mujeres que se encuentran en el climaterio, aunque las estrategias del *Programa de Salud Reproductiva* lo prevean. Es evidente también que en los programas citados se han incorporado las nociones de género y salud sexual sin que ello implique un compromiso político por parte del Estado, ni una real capacitación al personal de salud que atiende a las mujeres en esta etapa de su vida. Por eso, tal vez está por demás decir que la sexualidad de las mujeres durante el climaterio es un asunto que no se contempla. Por último cabe apuntar que las mujeres cuyas edades

oscilan entre 50 y 59 años no aparecen en ninguno de los grupos de edad incluidos en los documentos arriba mencionados.

En sectores conservadores de la sociedad mexicana se aprecia la sexualidad femenina si ésta se ejerce dentro del matrimonio y con fines procreativos. Hay una sobrevaloración de la maternidad, y una mujer es percibida como más mujer si tiene hijos y cumple adecuadamente lo que se considera su papel fundamental en la vida, por otra parte, se piensa que buena parte de la hombría depende de la cantidad de sexo que se practica.

Probablemente durante el climaterio existan modificaciones que estén directamente relacionadas con la fisiología del cuerpo femenino como la disminución de la lubricación vaginal al descender los niveles de *estrógenos*, pero sugiero pensar el cuerpo más allá de los procesos físicos, pues el deseo si bien se experimenta en la carne, surge y se alimenta de representaciones culturales como son pensamientos, fantasías, sueños, imágenes, sonidos, olores, etcétera.

Existe al mismo tiempo una confusión entre la eventualidad de procrear y la posibilidad de un ejercicio sexual libre y placentero para las mujeres. Nuestra sociedad refuerza la idea de que cuando una mujer tiene relaciones sexuales está implícito su deseo de un hijo, y por tanto para muchas personas resulta sospechoso el que una mujer casada no planee la llegada de los descendientes. Así pareciera que lo importante del acto sexual femenino es que éste culmine con el embarazo, y no la posibilidad de experimentar

satisfacción en su cuerpo. Linda Gannon (ob. cit.) señala que la confusión entre fecundidad y capacidad sexual propicia el supuesto de que existe una disminución del deseo y el placer, sobre todo en las mujeres maduras, pues su capacidad procreativa cesa con la menopausia. En cambio se piensa que en los varones la potencia sexual se mantiene intacta hasta la vejez porque la producción de espermatozoides continua casi hasta la muerte.

La ciencia médica hace una distinción entre las nociones de climaterio y menopausia. La menopausia es el término definitivo de la menstruación, y ocurre entre los 48 y 55 años en mujeres latinoamericanas (OMS, 1994). A la etapa en que disminuye la producción de las hormonas femeninas: *estrógenos* y *progesterona*, se denomina perimenopausia; es el periodo entre la aparición de ciclos menstruales irregulares y su desaparición completa. Comienza a declinar la fertilidad, aparecen irregularidades en el flujo menstrual y se reportan fatiga, mareo, dolores de cabeza e insomnio que pueden tener su origen en una falta de equilibrio entre los sistemas endocrino y neurovegetativo (Cravioto, 1994). “El ovario deja de producir progesterona que es la hormona de la maternidad. Y esta falta de progesterona es trascendente, porque la progesterona compensa a los estrógenos y su falta puede ser el origen de enfermedades” (Muntané, 1994: 29).

La menopausia no natural ocurre cuando son extirpados los ovarios y por tal motivo no se produce ya la ovulación. Al momento posterior al término del sangrado menstrual se le llama posmenopausia (Harlow, 1996; Muntané, ob. cit.). El climaterio es un periodo

mayor que comprende la perimenopausia, la menopausia y la posmenopausia, y puede durar en promedio diez años (Cooke, 1984). La menopausia es vista como una alteración que presenta síntomas. El síntoma se refiere a un fenómeno que revela un trastorno funcional o una lesión, y en ese sentido hace alusión a lo que se puede denominar enfermedad, malestar o afección. Acontecimientos naturales como la menstruación son pensados como “enfermedad” por las mismas mujeres. Es común en nuestra sociedad escuchar frases como “me enfermé” para comentar que se está menstruando. El embarazo también se denomina “me enferme de niño”, y al momento de parir, la mujer “se alivia”. No es de extrañar entonces que la menopausia sea concebida también como una patología.

Una de las contribuciones pioneras de la medicina a la ideología sexista ha sido describir a la mujer como enferma, y como potencialmente dañina para el hombre (...) Desde que Hipócrates lamentó ‘las perpetuas dolencias femeninas’, la medicina (...) ha tratado el embarazo y la menopausia como enfermedades, la menstruación como un desorden crónico y el nacimiento como un evento operatorio (Ehrenreich y English, ob. cit: 6)

Los trastornos a nivel físico producidos por la menopausia son una disminución estrogénica que produce cambios “patológicos” en el *tracto urogenital* como pérdida del vello púbico, resequedad vaginal, adelgazamiento de los tejidos y debilidad muscular. “Se produce atrofia del *epitelio vaginal (vaginitis senil)*, cuyas principales manifestaciones son comezón, inflamación, sensación de calor, *dispaurenia* [dolor durante el coito], sangrado fácil y mayor susceptibilidad para infecciones vaginales” (Colston, 1991: 553). Puede ocurrir una disminución del tamaño del cervix y del útero con lo que se corre el riesgo de tener incontinencia urinaria. También aumenta la

posibilidad de padecer *osteoporosis* por la falta de calcio y con ello se incrementa hasta en diez veces el riesgo de lesiones óseas. Ocurren problemas cardiovasculares (presión arterial alta y enfermedades cardíacas). Los científicos no se ponen de acuerdo en si estos síntomas son producidos por la menopausia, algunos dicen que sólo en las mujeres cuya menopausia ocurre de manera precoz aumentan los riesgos cardiovasculares, mientras que otros piensan que los problemas cardiovasculares se relacionan más con ciertos hábitos como el tabaquismo o la falta de ejercicio (Cooke, ob. cit.).

Otro de los “síntomas” frecuentemente asociados con la menopausia en la literatura médica son los denominados bochornos, si bien se reconoce que no se presentan en todas las mujeres. Los bochornos son “una alteración vascular, súbita, periódica y sistémica que dura por lo regular de 30 segundos a cinco minutos, iniciada en el cuello, cara, cabeza o tórax” (Cravioto, ob. cit.: 552); son “la sensación repentina de calor en cara, cuello y tórax acompañada de enrojecimiento cutáneo (...) y palpitaciones [que tienen su origen en] un desequilibrio *neuroendocrino* (...) y que provoca aumento en la temperatura y la frecuencia cardíaca, así como sudoración” (Colston, ob. cit: 355). La investigadora feminista Emily Martin (1992) sostiene que éstos no constituyen sólo un acontecimiento físico, y que de acuerdo a estudios efectuados en diversos contextos, su ocurrencia podría relacionarse con aspectos socioculturales. En Canadá, por ejemplo, el 69,2% de una muestra de mujeres que atravesaban por el climaterio refirió haber tenido bochornos, en contraste en Japón el porcentaje fue sólo del 20%. La cultura Occidental observa la menopausia como una etapa de deterioro y decadencia y

como el final de la etapa productiva, en cambio en otras culturas, las mujeres aprecian los sangrados y los bochornos, pues tienen la creencia de que limpian el cuerpo. Por ejemplo, en un pueblo de pescadores de Nueva Zelanda las mujeres asumen que los bochornos son causados por la “mala sangre” la cual debe ser desechada para purificar el cuerpo. (Martin, ob. cit: 167-168).

En el artículo médico de Colston (ob. cit.) se afirma que la mayoría de las mujeres que presentan bochornos piensa que los demás notan su molestia, lo que les provoca vergüenza. Emily Martin profundiza sobre el tema utilizando algunos planteamientos de Goffman sobre las situaciones sociales que provocan vergüenza. Se siente vergüenza cuando se fracasa en el intento de afirmar la propia imagen; cuando se pone en peligro la imagen social que se quiere proyectar, por ejemplo, si se tiene un tropiezo o una caída en público; se experimenta vergüenza cuando una situación no es como se tenía prevista o cuando se invade la privacidad o se es el centro de atracción sin desearlo. Algunas de las mujeres japonesas y canadienses, incluidas en los estudios referidos por la misma autora, se sienten avergonzadas cuando experimentan los bochornos, pues éstos hacen evidente que se es una mujer de cierta edad; pero son sobre todo las mujeres sometidas a mayor presión social o de trabajo quienes refieren mayor frecuencia de bochornos, mientras aquellas que son amas de casa los presentan menos (Martin, ob. cit.).

A partir de la década de los cuarenta del siglo XX se empiezan a realizar estudios detallados sobre la menopausia lo que induce el descubrimiento de los estrógenos

naturales que sustituyen a los estrógenos conjugados en el denominado tratamiento de reemplazo hormonal suministrado a algunas mujeres durante el climaterio (Muntané, ob. cit.). La terapia de reemplazo hormonal es considerada óptima para que las mujeres *climáticas* mantengan su salud. “Los tratamientos para mujeres *posmenopáusicas* se sugieren como profilaxis de trastornos que pueden ocurrir a largo plazo” (Muntané, ob. cit: 30). En un estudio realizado en Estados Unidos se comparó a dos grupos de mujeres en la posmenopausia para saber si se producía o no depresión (ansiedad y fatiga) en dicho periodo; a uno se le sometió a la terapia de reemplazo hormonal, y al otro se le administraron placebos. Los resultados indicaron que al someterse a la llamada terapia de reemplazo hormonal mejoraban notablemente los estados depresivos (Cravioto, ob. cit.). En la terapia hormonal se utilizan *estrógenos* sintéticos en forma combinada con *progestágenos*, y para aquellas que sufrieron la pérdida del útero se administran sólo *estrógenos* (Organon, 1997).

La terapia de reemplazo hormonal es causa también de controversia en el sector médico, pues unos afirman que mejora notablemente los síntomas asociados al climaterio, y otros dicen que puede provocar cáncer en el útero. Otra cuestión que debería indagarse a fondo es sobre los intereses económicos que están de por medio para promover el uso de la terapia de reemplazo hormonal. En una de las publicaciones de un laboratorio se afirma “los ginecólogos están de acuerdo en que la terapia hormonal de reemplazo es la manera más efectiva de tratar los problemas asociados a la menopausia (...) lo más avanzado es un tratamiento al que se le conoce como el primer *gonadomimético* porque tiene efecto estrogénico, prostagénico y suave

efecto androgénico que mejora el estado de ánimo y la libido; sin necesidad de un sangrado menstrual cíclico” (Organon, ob. cit: 3-4). Además, se menciona que la terapia de reemplazo hormonal protege contra el cáncer de útero y de ovarios, y que sólo una de diez mujeres presentan ligeras náuseas, dolor de senos o retención de líquidos al someterse al tratamiento.

En la actualidad el enfoque médico predominante señala que la menopausia representa un problema. “La menopausia es la edad crítica de la mujer. A los cuarenta años llega la primera crisis, propia de la aparición inicial de las arrugas, y de la pérdida de respuesta satisfactoria por parte de este espejo mágico de todos los días” (Muntané, ob. cit.: 15). El género construye a la mujer *climatérica*. El “espejo mágico de todos los días” alude a la madrastra de Blanca Nieves quien diariamente pregunta a su espejo: ¿Quién es la más hermosa?. La “primera crisis” es el presagio de lo que ocurrirá después, es decir, la pérdida de la capacidad reproductora; segunda crisis: “la mujer” no puede ser madre. La construcción de género otorga primacía a la identidad femenina centrada en la juventud, la belleza y la maternidad.

El sentido de pérdida de la capacidad reproductiva se relaciona con las llamadas alteraciones psicológicas, como la depresión, las cuales de acuerdo con el discurso médico son el resultado de la disminución en la producción de hormonas; no obstante, algunos autores reconocen que existe una controversia en la comunidad médica sobre si dichos síntomas tienen relación con los niveles de *estrógeno* (Harlow, ob. cit.; Cravioto, ob. cit.; Muntané, ob. cit.). Se afirma a menudo que en la posmenopausia

aparecen sentimientos depresivos, como el cansancio, la irritabilidad y la falta de energía; pero estudiosos del tema (Brown y Brown, citados por Cooke, ob. cit: 263) consideran que los síntomas psicológicos que se describen en muchos textos médicos sobre menopausia aparecen también en otras etapas de la vida, por lo que no son privativos del climaterio.

La depresión se atribuye con frecuencia a la pérdida de la capacidad reproductiva (Colston, ob. cit.). Los factores psicológicos tienen que ver, entre otros, con “estados de depresión y angustia que muchas veces se basan en un sentimiento de pérdida de la función reproductora, que puede dar origen a una sensación de que se redujo su función biológica” (ibid.: 384). Otros autores (Cooke, ob. cit.) asocian ciertas conductas a los factores psicológicos del climaterio como los hábitos de intoxicación (fumar, beber), “la demencia” y los sentimientos religiosos. También se señala el carácter somático del climaterio, es decir, la transformación de los problemas psicológicos en dolores físicos o malestares corporales, entre los que se incluyen los bochornos, entumecimientos, aumento de peso, dolor muscular e insomnio. Otros autores afirman que no existen datos claros y confiables sobre la relación entre el insomnio y el climaterio (Jaszmann, Van Lith, Zath, citados por Cooke, ob. cit.). En un estudio efectuado con mujeres germanas se halló que no existen evidencias de aumento de enfermedades psicológicas y psicosomáticas durante en climaterio (Prill citado por Cooke, ob. cit.).

Si se piensa que el climaterio ocurre durante lo que se podría llamar edad adulta

media, quizás podríamos ubicar el origen de los estados depresivos en otro sitio. Sugiero que la depresión puede estar relacionada con periodos del curso de vida por los que se atraviesa. Las causas que la determinan son múltiples y variadas. Probablemente tengan que ver con la menopausia como fenómeno físico, pero también se relacionan con factores sociales, como puede ser el deseo de permanecer joven ante la sobrevaloración social de la juventud en nuestra sociedad. Por otro lado, en una cultura del culto a la maternidad como es la mexicana, muchas mujeres viven la pérdida de sus funciones maternas conflictivamente, sobre todo si confluyen varios factores como la independencia de los hijos, la cercanía de la vejez o de la muerte, y la inestabilidad en relación con la pareja. Las relaciones de género que se establecen son un factor de riesgo importante para desencadenar la depresión. Muchas mujeres, de diversos contextos, viven vinculaciones conflictivas en las cuales la subordinación y la violencia se presentan como situaciones cotidianas. El poder que ciertos varones ejercen sobre “sus mujeres” ha sido ampliamente documentado por la literatura feminista, y a partir de ahí podrían explicarse algunos de los sentimientos de tristeza y ansiedad experimentados por mujeres en determinados momentos de su vida. Otro factor que pudiera estar relacionado con la depresión es la problemática generada por las condiciones socioeconómicas, y que repercuten en el acceso a una buena calidad de vida (higiene, alimentación, cuidado de la salud, etc.).

Hasta ahora se ha hecho referencia a tres de los cuatro “síntomas” asociados por la literatura médica con el climaterio y la menopausia: los vasomotores, los óseos y los psicológicos. El otro síntoma de esta etapa de la vida se refiere a los “trastornos”

sexuales, entre los que se mencionan la *dispaurenia* como consecuencia de la atrofia vaginal o la falta de lubricación. (Cooke, ob. cit: 260). A nivel físico tanto en hombres como en mujeres ocurre una disminución en los niveles de las hormonas (estrógenos o testosterona). Disminuye la flexibilidad en los tejidos de la vulva, el cervix, el útero y los ovarios, y en los hombres, los testículos se tornan flácidos y de menor tamaño. Disminuye la vasocongestión en los genitales lo que provoca menor lubricación vaginal y hace más lenta la erección peneana. La duración del orgasmo es menor debido a la reducción de las contracciones vaginales y uterinas, así como a la disminución de las contracciones que producen la eyaculación en los varones. Se reduce la capacidad multiorgásmica de las mujeres y en los hombres el orgasmo es más corto (Gannon, 1994).

La imagen de mujer *menopáusica* asexuada proviene de la idea generalizada de que la vida de las mujeres está determinada por la producción de estrógenos. En Estados Unidos los investigadores médicos no se ponen de acuerdo en si la disminución del nivel estrogénico es causante o no de una menor actividad sexual (Ibid). Colston ratifica lo anterior al expresar que “en un estudio doble ciego con estrógenos y placebo, el único síntoma agudo que pudo correlacionarse de manera significativa con la falta de aquellos (de estrógenos) fueron los bochornos” (Colston, ob. cit: 354).

Saber si es el proceso de envejecimiento, los factores físicos de la menopausia o los vínculos que cada mujer establece con su pareja lo determinante para el deseo y el placer sexual es muy difícil, pues ser mujer madura, llegar al climaterio y tener

problemas en la relación de pareja son situaciones que ocurren con frecuencia al mismo tiempo. No obstante, considero que existe una alta valoración de la reproducción femenina, lo cual repercute en la forma en que las mujeres se perciben a sí mismas, en la manera en que se sienten deseables, y en las sensaciones corporales placenteras o desagradables que se experimentan. Los estereotipos de la mujer madura en culturas occidentales contribuyen a reafirmar la idea de que para las mujeres de cierta edad la sexualidad es ya inexistente o indeseable, pues se ha satisfecho el rol sexual con la maternidad. La disminución de estrógenos puede provocar una deficiente lubricación vaginal durante el acto sexual, pero existen otros factores como la capacidad de excitación o de sentir deseo por alguien con quien se establecen vínculos. Los sentimientos hacia la pareja, así como la ansiedad, el enojo, la insuficiente estimulación, el cansancio y los problemas de comunicación en la relación de pareja pueden afectar la posibilidad de conseguir una adecuada lubricación vaginal, y por tanto de tener relaciones sexuales satisfactorias en el plano fisiológico; aunque no hay que perder de vista que la sexualidad involucra, además de las relaciones coitales, a nuestro cerebro, piel, vista, oído, olfato, gusto, etcétera.

Así que, volviendo a las preguntas planteadas al principio, veamos por qué motivos deciden algunas mujeres, al llegar a cierta edad, abstenerse de las relaciones sexuales, y ¿si están ejerciendo su derecho a la abstinencia sexual al no sentir deseo por su pareja? Las respuestas probablemente podríamos hallarlas explorando a fondo el papel que juegan el deseo, el cortejo y los vínculos afectivos en el ejercicio de la sexualidad por un lado, y por otro, los condicionamientos de género que subrayan

incansablemente que las mujeres nacieron para ser madres y vivir eternamente bellas y jóvenes.

Creencias sobre la sexualidad en el climaterio de algunas mujeres de Cancún, Quintana Roo

Las informantes tomadas en cuenta para la realización de este artículo fueron siete, cuatro participaron en un grupo focal y tres fueron entrevistadas individualmente. Son inmigrantes de los estados de Yucatán, Campeche, Tabasco, Veracruz, y la ciudad de México. Su promedio de edad es de 55 años. Una es de origen maya, y aprendió esa lengua como materna, dos más (Cecilia y Patricia) aunque no son de ascendencia maya, vivieron en comunidades en las que habita un alto porcentaje de personas mayas (en Valladolid y Muna respectivamente) hasta el momento de migrar. Cinco son casadas, y tres están separadas. Su escolaridad varía de ningún año cursado a secundaria completa. El promedio de hijos es de 5.5, pero una tienen once y otra no tuvo hijos.

La entrevista individual se organizó de tal forma que permitiera revisar tres niveles en el discurso: la narración de la participante, la argumentación en que la persona incurre para explicar ciertos fenómenos, y los esquemas normativos que de alguna forma podrían incidir en la construcción de un deber ser femenino. De acuerdo a lo anterior cada entrevista individual constó de tres secciones. En la primera se invitó a las participantes a relatar su historia de vida de manera espontánea. El objetivo era permitir a la mujer platicar lo que desde su punto de vista consideraba relevante a partir

de una lógica narrativa, en donde no se interrumpiera con preguntas que la llevaran a argumentar sobre los temas abordados. En la segunda sección, se utilizó un guión de entrevista previamente elaborado, así como las anotaciones que resultaron de la entrevista narrativa y que fueron considerados temas de interés para la investigación. El objetivo de esta parte, fue lograr una lógica argumentativa en el discurso de la participante, poniendo énfasis en preguntas que incluyeron por qué y para qué. Por último, en la tercera sección se presentaron a la entrevistada ciertas historias sin final para que ella según su propia lógica, terminara de contarlas, con lo que se intentó revisar los esquemas normativos de su discurso.

En la segunda sección de las entrevistas individuales se utilizó un guión de entrevista que incluyó temas relativos a cinco ejes que se consideraron importantes: 1) Contexto: Vida familiar en la infancia, educación, valores inculcados, y división del trabajo por sexos en la unidad doméstica. 2) Noviazgo: Costumbres con respecto al mismo en la comunidad de origen, cortejo, virginidad y deseo sexual. 3) Relación de pareja dentro del matrimonio o unión: Expectativas ante el matrimonio, negociaciones y sentimientos experimentados durante las prácticas sexuales, deseo y placer sexual. 4) Salud Reproductiva: menstruación, embarazo, parto, lactancia, aborto, maternidad, climaterio y menopausia.

El otro instrumento de indagación utilizado fue el grupo focal. A partir de esta técnica es posible explorar (focalizar) sobre un tema en particular, y hallar similitudes y diferencias sobre un tópico, lo que facilita la tarea de identificar nuevos ejes de interés. Según

Pichon-Rivière (1983) los procesos que actúan en forma permanente y latente durante el funcionamiento de un grupo son: los procesos de aprendizaje y comunicación que forman parte del grupo, los miedos relacionados con el ataque en la nueva situación a estructurar, el temor al cambio y la resistencia a éste, el sentimiento de inseguridad frente al cambio, y las fantasías que se generan en el proceso grupal sobre el tema que se está abordando. Tomando en cuenta estos aspectos, la dinámica del grupo estuvo dirigida personalmente por la investigadora, quien actuó como facilitadora para lograr la integración de las participantes, propiciando la libertad de expresión entre todas ellas.

Los datos generados a partir de cada una de las dos técnicas de recopilación empleadas fueron de gran riqueza, pero presentaron particularidades propias de cada intervención. Finalmente, por cuestiones de tiempo y espacio, se escogieron para presentar en este artículo los discursos que se indujeron a partir de la dinámica del grupo focal, y los relatos derivados de la segunda sección de la entrevista individual, es decir, aquellos en donde las entrevistadas tuvieron oportunidad de argumentar además de narrar sus experiencias.

Asimismo, por las mismas razones, se realizó un corte arbitrario de las categorías con las cuales se trabajó en el proceso de investigación. Para el presente artículo se tomaron como categorías de análisis el género y la sexualidad, y se relacionaron con otras como el climaterio, el placer, el deseo, el amor, la infidelidad, la violencia, y el derecho a decidir sobre sí misma. Los relatos de las tres mujeres entrevistadas individualmente son más finos y dan cuenta con mayor claridad de las relaciones de

género y las prácticas sexuales en el noviazgo y el matrimonio, en cambio las opiniones vertidas en el grupo focal fueron más útiles para indagar sobre la vinculación entre sexualidad y climaterio.

Placeres y malestares en el climaterio

“Como mujer sí funciona, pero no quiero”,
Samuela, 58 años.

Cuando se indagó expresamente sobre el ejercicio sexual durante el climaterio, casi todas las mujeres participantes en las entrevistas individuales y grupal dijeron que si había cambios en la frecuencia de las relaciones era porque ahora se sentían más cansadas, con peor estado de salud y con menores deseos de complacer a su pareja debido a ciertos problemas en su unión:

Pues yo creo que no tiene nada que ver, (con la menopausia) que más bien es tú tienes que ver que de todos modos por la edad estás cambiando, pero creo que también la pareja se cansa, que ya llegas a un momento en que bueno él te dice que tú eres, que tienes achaques, que tienes la culpa. A mí me gustaría que él me tratara bien porque yo aparte tengo un problema con la columna y a él no le importa. (Guadalupe, 47 años, casada, primaria, clase baja).

Las mujeres continuaron con su actividad sexual después de la menopausia en condiciones similares a las que tenían antes, pero la mayoría expresó una disminución en el deseo sexual hacia la pareja. Este hallazgo es interesante pues al indagar en torno a sus relaciones de pareja se pudo observar que existen prácticas de poder que llevan a vivir la sexualidad con ciertos malestares. Para las participantes, hacer el amor implica antes que la satisfacción propia, una entrega al otro. El afecto y la sexualidad

están íntimamente vinculados, tan es así que las riñas o disgustos repercuten directamente en la decisión de tener o no relaciones sexuales y además en la posibilidad de obtener una satisfacción en la misma. Si asumen que en ocasiones no gozan, entonces el tener o no relaciones se hace pensando en el beneficio o perjuicio hacia la pareja, y no tanto en función de ellas mismas. El placer propio pasa a un segundo término, aunque siempre está presente la eventualidad de experimentarlo. Al mismo tiempo es fundamental que el marido o la pareja sea capaz de hacer sentir a su mujer que es amada, pues varias comentaron que se veían a sí mismas como un objeto para el disfrute del hombre. Para la mayoría, sería más placentero que hubiese un periodo previo de intercambio de afecto antes de la relación sexual:

(...) pues nada más es agarrarte, tocarte y es todo, pero de que hubiera un preámbulo no, y sus amigos le platicaban que llevaban a cenar a su esposa, la llevaban al cine, y ya después pues se iban a la casa; pero él ya después lo tomó como obligación, de que si te llevo al cine pues ya tienes que tener relaciones conmigo, y pues ya como que no porque ya te predispones a eso, aunque tú no quieras (...) Él tuvo una vida llena de mujeres de la vida, él salió de su casa desde los 17 años y todas sus relaciones las tuvo siempre con prostitutas, entonces yo siento que hasta cierto punto que a mi me trató como prostituta, porque a ellas les pagan y punto. Bueno es más me llegó a mí a pagar por las relaciones 'especiales', él les llamaba (Matilde, 50 años, casada, comercio, clase media).

La disminución en frecuencia y calidad de las relaciones sexuales después de ocurrida la menopausia es un asunto que no necesariamente está anclado en el cuerpo biológico. El deseo y el gozo tienen un componente subjetivo que implica establecer vínculos cordiales. La relación de pareja sufre diversas modificaciones a lo largo de la vida; las personas mismas cambian, y con ello, las expectativas y lo que se espera de

la pareja. Si una mujer no se siente atraída por el esposo o ella no es deseable para él, nos hallamos frente a una situación de índole distinta a la que pudiera presentarse por las modificaciones debidas a la producción de hormonas. El problema es que los médicos o las personas que asesoran a una mujer son incapaces de proporcionar un diagnóstico que involucre una perspectiva de género, o al menos un enfoque mediante el cual se mire la sexualidad de manera integral, y no sólo como una cuestión que obedece a la anatomía y fisiología femenina. La medicina occidental nos ha acostumbrado a pensar que no hay relación entre una dolencia corporal ubicada en un punto y nuestros demás órganos, por lo que buscamos soluciones parciales para nuestros males. Es positivo que nos realicemos exámenes médicos para saber sobre nuestro estado de salud; pero la menopausia no debiera ser tratada como una enfermedad, y los trastornos debidos a ella tendrían que abordarse como secuencias del ciclo de vida femenino.

En realidad el significado que conferimos a este acontecimiento se halla atravesado por la forma en que nuestro cuerpo individual responde a la menopausia, por las dolencias si es que las tenemos, por nuestro entorno familiar y social, que acentúa muchas veces el estigma de mujer “climatérica”. Todo ello repercute en la representación favorable o desagradable que nos hacemos con relación a esta etapa de vida. “Climatérica” es un término peyorativo, utilizado como sinónimo de histérica, vieja, abuela y sin más proyecto futuro que esperar la vejez. En general los maridos de las entrevistadas piensan que el ejercicio de la sexualidad femenina debe finalizar al llegar la menopausia, y en ese sentido, también habría que mirar cómo las construcciones de

género apuntalan las ideas sobre la sexualidad de los varones. El ejercicio de la masculinidad (para los hombres de estas mujeres) es una práctica de dominio, que se manifiesta, aunque no exclusivamente, en la sexualidad.

Como mencioné anteriormente para este grupo de mujeres, la relación de pareja deseable tendría que implicar el amor y la comunicación como preámbulos para sostener relaciones sexuales de calidad. Esta percepción fue frecuentemente expresada, pero más bien como algo que debería ser y no como una acción que de hecho se da. Por ejemplo, una mujer comentó que anteriormente le resultaban más placenteras sus relaciones y que ahora no sentía deseos de estar con su esposo porque él había cambiado su forma de ser con ella, y es interesante cómo vincula los estados de ánimo del hombre con el proceso de menopausia que atraviesa:

Sí, antes sí, ahora no sé por qué, tal vez porque me oprime, es más gruñón creo o quien sabe, no me siento, no me siento bien con él. Tengo un año este mes de noviembre, un año que no veo mi regla y este sábado ahora ocho días como ayer me bajó otra vez, pero no sé por qué no siento nada con él. (Lorena, maya, 59 años, casada, sin escolaridad, clase baja).

La posibilidad de experimentar placer en las relaciones sexuales durante el climaterio se liga con la comunicación que se establece con la pareja, y no sólo con el amor o el afecto, pues puede suceder que en el transitar por la vida marital una mujer acepte que no está enamorada del marido; pero también que al decidir seguir con él intente entablar una buena amistad. Se puede tener un vínculo respetuoso con base en la comunicación, y el ejercicio sexual puede ser incluso de mejor calidad. Como afirmó

otra de las entrevistadas, lo importante es que tu pareja sea estable y se muestre dispuesta a escuchar:

Yo pienso que puede ser hasta mejor, puede ser mejor porque pues mira a mí, en primer lugar me operaron para no tener más hijos, y bueno yo platicando con otras personas les digo que para mejorar o para tener una relación satisfactoria o para ayudar un poco a la mujer es platicar mucho con tu marido y decirle lo que sientes. (Cecilia, 64 años, casada, primaria, clase media).

La comunicación es uno de los pilares para promover negociaciones con la pareja. Aunque para las participantes en el estudio resulta difícil entablar diálogos. Todas poseen escasos recursos para negociar las relaciones sexuales, y generalmente les resulta imposible negarse a acceder a las exigencias de su pareja. Para indagar en torno a ello, una de las preguntas fue qué hacen cuando no desean tener relaciones. La respuesta de una de ellas ilustra claramente lo que se espera sea su papel en el matrimonio: “Pues nada, porque como dicen ellos, que uno se casa, y uno es mujer para servirles las veces que ellos quieran”. Servirles se refiere básicamente al aspecto sexual, pero no exclusivamente; la sumisión femenina es una conducta promovida especialmente por los varones, y reforzada por las propias mujeres. Algunos recursos para evitar el coito resultan similares a los que emplean mujeres jóvenes. Son cosas que se dicen o actos que se hacen para eludir la intimidad, y que no implican necesariamente tener conciencia del derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Algunas reconocen que no existe ya el deseo, pero no lo dicen, y en su lugar utilizan pretextos para calmar al hombre a sabiendas de que ello provocará el enojo y probablemente mayor violencia:

No él que me antoja, yo de mi parte no me antoja (risa), no me antoja nada. Si no quiero, le digo que no quiero que me duele algo, busco la forma para defenderme (risa) me dice ah no porque ya estoy viejo, allá tienes otro más mejor que yo, más joven, y le digo pero no por eso le digo pos, pos siente uno cansada, pos de tanto trabajar, (...) me duele la espalda y me duele los pulmones, los brazos, todo me duele, por eso le digo que no puedo. (Lorena, maya, 59 años, casada, sin escolaridad, clase baja).

Un recurso frecuentemente utilizado para no tener más sexo es cuando las mujeres se apropian del discurso médico para afirmar que su sexualidad ha concluido con la llegada de la menopausia. De nueva cuenta, al explorar sobre las representaciones de género se encuentran datos interesantes para desenmarañar lo que está detrás de dicha justificación, y pareciera que el climaterio se constituye como un pretexto para tomar decisiones sobre el propio cuerpo, pues varias mujeres dijeron que fue una elección suya el disminuir la frecuencia en la actividad sexual en esta etapa de su vida. En ocasiones se acepta el deseo sexual pero se asume que no se quiere acceder a las demandas del marido por causas bien ubicadas como enterarse de una infidelidad o un disgusto por alguna situación en particular. Otras mujeres no quieren contraer nuevos compromisos afectivos como es el caso de Samuela, quien vive sola:

A veces sí sentía orgasmos pero no siempre, no. Ya así fue, pero nunca ya quise vivir con otro porque ya luego me enteraba que eran casados y no. Ya últimamente no he tenido hombres, sí he tenido oportunidad pero ya no quiero. Y no es que no me sienta mujer, porque ha habido veces en que me alboroto y se me alborotan las hormonas,

pero me meto a bañar, me pongo a leer un libro y ya se me quita la idea. Como mujer sí funciona, pero no quiero, bueno a lo mejor no me ha gustado una persona así o un hombre que me anime, eso pienso. (Samuela, 58 años, separada, secundaria, clase baja).

Las mujeres entrevistadas han tenido experiencias diversas en torno al placer en las relaciones sexuales. Algunas comentaron que antes de tener su primer encuentro sexual sentían curiosidad, pero prevalecía el temor de quedar embarazadas. La posibilidad de tener sensaciones placenteras se mencionó como una cuestión primordial, aunque sus expectativas no siempre se cumplieron:

(...) decía yo de antes, pus ya, si me voy con él, pus luego, luego seguro voy a quedar embarazada, pensaba en el hijo, sí pensaba, pero primero que nada pensaba yo en la curiosidad de qué se sentía, dije yo, a ver que se siente, pus, me dice, ay yo siento bien bonito y quien sabe que tanto... ¡Ay ni se siente bonito! (risa). La primera vez que no se siente bonito, pero yo como no sabía, y antonces este, decía yo, después sí, decía yo, pus quiero (Elisa, 61 años, separada, sin escolaridad, clase media).

Como mencioné con anterioridad para las entrevistadas la sexualidad como una práctica placentera es viable siempre y cuando prevalezca en el amor, así que nos encontramos frente a la paradoja que representa por un lado, sentir que aman y son amadas, y por otro, ante la realidad que representan algunas de sus prácticas. Si bien es inconcebible tener sexo sin afecto se mencionó que el amor hacia la pareja había dejado de existir. ¿Qué significa esto? Podrían existir distintas interpretaciones, por ejemplo, que las mujeres continúen ejerciendo la sexualidad en nombre del amor que un día sintieron por su esposo, o que se sientan obligadas a otorgar una especie de débito conyugal, o finalmente cabe la posibilidad de que sientan un deseo sexual que

les resulta difícil nombrar. En el caso de mujeres que manifiestan que el amor es fundamental en su relación, el preámbulo se constituye en un ritual para llegar a las relaciones sexuales como lo expresa una de las informantes:

Pues bien, mi marido viene, me quiere, me abraza, me besa, cuando yo empecé a andar con él, también, los dos nos correspondemos. Están dos personas, abrazándonos, besándonos y luego ya es como una caloría que entra y ya empieza una a estar con él. (Patricia, 46 años, casada, primaria, clase baja).

Violencia y sexualidad: Los casos de Matilde, de Lorena, de Samuela, de...

El compromiso afectivo es primordial para mantener el matrimonio, y la contingencia de perder al marido es vista con ansiedad. Ante esto, ciertas mujeres se encuentran atrapadas en relaciones violentas como la de Matilde, quien se ha visto obligada a aceptar ciertas prácticas sexuales que niegan su derecho a vivir una sexualidad plena. El poder que se ejerce sobre ella trasciende el ámbito sexual, pero se vale de él, al grado que la informante ha tenido que prostituirse con su esposo como única forma de obtener recursos económicos:

Me decía que quería un especial, y yo como era la única manera de hacerme mis centavos yo, pues lo aceptaba, pero por eso te digo que cada vez voy descubriendo que yo no he tenido nada para mí. Porque él si yo quería ir a algún lado, él no me daba, yo tenía que guardar, él no era capaz de eso. Murió mi mamá y no fue digno de decirme cuánto necesitas, ni nada. El gasto nunca me lo negó, en ese aspecto no, pero me ponía su carota, porque él tiene la idea de que en la calle ves a mujeres bonitas y entras a tu casa y ves a tu esposa con su carota. Esa es la descripción que él tiene de su esposa, y yo creo que no tiene respeto conmigo. (Matilde, 50 años, casada, estudios de comercio, clase media).

El poder ejercido en forma por demás violenta atraviesa por el acceso a los recursos, pero también por la persona, el cuerpo, el deseo y el placer sexual. Lo que está en juego es la libre elección y la voluntad para llevar a cabo determinadas acciones. Se ejerce violencia al negar a la mujer como sujeto de derecho, se anula a la persona a través del control sobre las decisiones monetarias, lo que además reduce la autoestima; se efectúa una apropiación del cuerpo y el deseo sexual femenino mediante prácticas de poder cuya finalidad es la satisfacción de uno solo de los involucrados.

Yo siempre trate de complacerlo, me compraba mi vestidito corto para atenderlo, para disfrutar del sexo, que yo sí siento que yo lo disfrutaba, pero nunca tuve una llevada así de él sino que yo siempre fui la que tomé la iniciativa en ese sentido, y yo después cambié porque él siempre fue así, siempre quería gozar él, y no debe de ser así. Él piensa que todas las mujeres son frías. (Matilde, 50 años, casada, comercio, clase media).

Matilde fue quien habló con mayor detalle del placer como posibilidad propia. El que haya accedido a hablar del asunto puede tener varias interpretaciones, probablemente tenga que ver con su pertenencia a la clase media, con su escolaridad, o con su peculiar biografía, o tal vez con la necesidad que tenía de platicar sobre sí misma debido a que además se había enterado de la infidelidad de su esposo. Relató con detalle cómo se había sentido al tener que prescindir de las relaciones sexuales, no sólo porque ella así lo había querido sino porque el esposo ya no la buscaba para tener sexo. Platicó también de los recursos utilizados para hacer frente a su deseo sexual. Matilde percibe las técnicas alternativas para experimentar el orgasmo (uso de

vibrador) más como una fuente de placer personal que como otra de las formas en que su marido ejerce el poder sobre ella:

Bueno (risa) pues llegando al punto de usar vibradores, solamente así (..) Porque yo no quiero vincularme con nadie más, sólo quiero alcanzar la paz (...) que a veces viene un deseo o sueños eróticos, pues es natural, y a veces siento necesidad de mi esposo todavía sí la siento, pero la sobrepaso para no llegar a nada, y uso el vibrador y así ya me pasó una semana y ya puedo continuar (...) Ahora él dice que me está aguardando, que está guardando abstinencia, pero no es cierto, él es la misma persona, pero creo que es para tenerme segura otra vez, pero yo ya no tengo confianza, porque él tiene demasiada intimidad con todas las mujeres con que se relaciona en su trabajo, hasta sus compañeras dicen, no que mi amigo aquí, que mi amigo allá. (Matilde, 50 años, casada, comercio, clase media).

He querido aprovechar la riqueza del contenido de esta entrevista, pues rara vez las mujeres se explayan tanto en asuntos que involucran su sexualidad. Asimismo que las experiencias se vivan en esa forma sugiere poca conciencia de los derechos sexuales. Sobre todo, es sorprendente que algunas mujeres no tomen conciencia del alto grado de violencia que sus propias parejas ejercen sobre ellas o que cuando lo hacen no cuenten con los recursos suficientes para hacerle frente. Además de Matilde, la violencia se manifestó constantemente en varias de las entrevistas, entre ellas la mujer de origen maya:

(...) pero hay veces empieza a insultarme, empieza a decirme cosas que no debe de decirme, siempre así, tiene un carácter muy ligero que tiene, te empieza a insultar orita así. Tantas cosas no me ha hecho, es como le digo, yo quiero regresarme pero una amiga mía aquí me dice no hija, déjalo, adiós, tal vez él tenga un corazón duro pero no debe de ser. Pues yo así lo pienso lo mismo, pero dice si él lo hizo con tu corazón, con llantos, (...) y quieres vengarte, entonces si lo piensas el

mal que tienes tú no te va a dejar hasta que tú le hagas lo mismo que él te hizo (...) (Lorena, maya, 59 años, casada, sin escolaridad, clase baja).

En ocasiones el poder se ejerce a través de los golpes. El caso más patético es el de Samuela quien desde pequeña sufrió la violencia de un padre adicto a las drogas y el alcohol. En su juventud se casó con un hombre también golpeador del cual se separó. A partir de ahí, se vio en la necesidad de sostener económicamente a sus hijos que pasaron a vivir con la abuela. Posteriormente emigró a la ciudad de Cancún y trabajó en varios centros nocturnos, en donde incluso llegó a ejercer la prostitución. Su vida marital fue como ella misma cuenta:

Me fue muy mal en mi matrimonio, duré 14 años de casada pero como me estropeaba, le digo que me estropeaba bastante, me sacaba a la calle encuerada, a golpiarme, toda golpiada, bañada en sangre. Entonces, este, agarraba yo a mis hijos y ya me iba con mi mamá, pero ya mis hermanos ya estaban enojadísimos ya conmigo, me decían: no, a ti te gusta ser masoquista, dos días estás con él, tres días estás aquí con tus hijos, toda golpiada. Entonces yo le dije a él, última vez que voy a regresar contigo (...) Empezó a reír, y me dice tú no me puedes hacer nada porque me quieres mucho. Efectivamente yo lo quería mucho, pero llegó un momento en que llegó cuete (...) y si le daba la cena fría, porque era yo una güevona, si le calentaba la comida que porque lo quería yo quemar, el caso es que cualquier cosita y ahí venía el trancazo, ¡trancazo madre, trancazo! (Samuela, 58 años, separada, secundaria, clase baja).

Como se puede observar la violencia toma distintos matices, se ejerce en la persona a través del control de los recursos económicos, se ejerce mediante insultos o con golpes, ó a través de la sexualidad. De acuerdo con los relatos de las entrevistadas, el objetivo es someter a la mujer a los deseos del hombre. Las mujeres se sienten atropelladas mediante las acciones de sus parejas, pero no identifican plenamente sus

derechos humanos y sexuales. En este trabajo se propone la hipótesis de que los discursos médicos relativos al climaterio incluyen también su parte de violencia, pues enfatizan, en primer lugar, la jerarquía entre los sexos, y no se cuestionan la posibilidad de las prácticas sexuales placenteras para las mujeres maduras, contribuyendo así con las diversas formas de violencia que se ejercen contra las mujeres. Al acentuar el carácter biológico de los malestares corporales, refuerzan la idea de que las mujeres experimentan disminución del deseo sexual en el climaterio, conforme lo dictan las hormonas, y reproducen así los estereotipos de “la mujer menopáusica asexuada”.

Algunas reflexiones

Como se ha observado una de las entrevistadas es de origen maya, y otras dos tienen vínculos con esta cultura. La exploración de la sexualidad durante el climaterio se tornaría más compleja si se añadiera el cruce con la identidad étnica. Sugiero que ciertos resultados de este trabajo podrían someterse a nuevas indagaciones, pues tanto la mujer maya entrevistada, como otras informantes no incluidas aquí, no reconocen varios de los síntomas del climaterio que identifica el discurso médico, lo que puede obedecer a ciertas condiciones culturales. Sin embargo, por el momento sería precipitado afirmar que la carencia de malestares en el climaterio se relaciona con la adscripción étnica, podría ser tan sólo que los discursos médicos hayan influido menos en sus ideas sobre esta etapa de la trayectoria de vida. Con los datos presentados se puede dibujar una línea tenue que apunte a realizar una investigación detallada de las distintas formas en que se experimenta el cuerpo de acuerdo con la

identidad étnica. Algunas de las mujeres expresaron con lenguaje fluido lo que les significan su relación de pareja, sus estados de ánimo, sus vivencias íntimas corporales y subjetivas. Otras, en cambio tuvieron serias dificultades para expresarse. Los recursos verbales con que cuenta una mujer con mayor escolaridad y perteneciente a la clase media le permiten declaraciones más precisas sobre los malestares sentidos en el climaterio, definiciones que generalmente toman del discurso médico dominante sobre el tema.

En general, las entrevistadas perciben la menopausia como un alivio ante la eventualidad de seguir procreando, y como un periodo para vivir una sexualidad más libre, aun con las paradoja de la violencia. Si bien en ocasiones las premisas del discurso médico fueron determinantes para hacerlas pensar que los malestares obedecían a dicho acontecimiento, algunos pasajes de las entrevistas mostraron que el climaterio no es necesariamente el motivo por el cual se abstienen de la sexualidad o experimentan más o menos placer. Pero sí puede ser usada como pretexto para no tener relaciones que no se desean. La violencia es uno de los factores para entender por qué las mujeres que han llegado a una etapa no reproductiva de su vida dejan de tener sexo. Otro factor importante sobre el que no se indaga es la infidelidad. Es posible interpretar que las ansiedades y el enojo que experimentan las mujeres frente a la infidelidad tiene que ver con los vínculos de poder que se establecen.

La negociación de las prácticas de sexualidad es prácticamente inexistente, pero se ubicaron recursos que se utilizan para ejercer el derecho de abstinencia. Si bien las mujeres no sitúan esta práctica como un derecho sexual, y en ocasiones les causa

conflictos con su pareja. En el caso de Matilde, cabe la duda de si su situación tal como he planteado le representa a ella un problema de derechos. Las arbitrariedades cometidas por parte de sus respectivas parejas les dan la pauta para reflexionar sobre lo que es justo e injusto. Perciben que es importante el amor propio, el cuidado y hacer que las respeten, y se oponen, al menos en teoría, a las prácticas de violencia. Los recursos con que cuentan para enfrentar situaciones de ese tipo son variables, pero en el fondo y de acuerdo con sus peculiaridades, luchan cotidianamente para salir adelante.

Como dice Carol Vance, las mujeres poseen un potencial de cambio y no deben ser consideradas como “receptoras pasivas de los sistemas oficiales de símbolos, pues ello equivale a negar las luchas de grupos marginales en lo simbólico, en lo político, (y en) lo cultural” (ob. cit: 40). Dentro de contextos de violencia, las mujeres ofrecen resistencias ante estos actos de anulación de su cuerpo y su persona, y se abren espacios que están íntimamente relacionados con la percepción que tienen de sí mismas. Se resisten al no aceptar que su vida siga como hasta ahora, es el caso de aquellas que se separaron, y encuentran espacios para reflexionar sobre estos temas en distintos ámbitos (lo hicieron durante las entrevistas y el grupo focal), con sus amigas, en congregaciones religiosas, etcétera. Estas mujeres construyen su vida, sus relaciones con los demás, y sus vivencias sexuales, con base en los referentes que tienen a la mano. Finalmente sus proyectos a futuro tienen que ver con sus experiencias de vida pasada, con las relaciones que han establecido con otras mujeres y con los hombres, así como con las construcciones sociales que los mismos humanos

tejemos para cada acontecimiento en que interactuamos día con día. Los sentidos conferidos a determinadas dimensiones que involucran la sexualidad atraviesan por nuestras propias experiencias, prejuicios y valores de vida.

Entre las entrevistadas hay diversas experiencias en torno al deseo y el placer. La mayoría expresó una disminución de su deseo sexual; si bien, la vivencia de la sexualidad con malestares es previa a la menopausia, y en algunos casos se intensifica por las actitudes de la pareja frente al climaterio. La comunicación, el amor, el trato digno (o su ausencia) parecen más importantes que el climaterio sí para la permanencia o disminución del deseo, la actividad y el placer sexuales.

BIBLIOGRAFÍA

Beyene, Yewoubdar, **An ethnography of menopause: Menopausal experiences of mayan woman in a Yucatan Village**, University Microfilms International, Michigan, 1991.

Colston, Anne, "Tratamiento de la menopausia" en Howard, Jones III, Tratado de Ginecología de Novak, México, 1991.

Cooke, David, "A psychosocial study of the climateric", en Annabel Brome y Louise Wallace (editoras), **Psychology and gynaecological problems**, Taustock Publications, Estados Unidos, 1984.

Cravioto, María del Carmen, "El climaterio", en **Antología de la Sexualidad Humana, Tomo II**, CONAPO, Porrúa, México, 1994.

Ehrenreich B, y Deirdre English, **Complaints and Disorders. The Sexual Politics of Sickness**, The Feminist Press, University of New York, New York, 1973.

Foucault, Michel, **Historia de la sexualidad. La voluntad de saber**, Siglo XXI, México, 1993.

Gannon, Linda, "Sexuality and Menopause" en Choi y Nicolson (editoras), **Female sexuality, psychology, biology and social context**, University of Sheffield Biddles Ltd, Gran Bretaña, 1994.

Harlow, Siobán, "La Menopausia", en Ana Langer y Kathrin Tolbert, **Sexualidad y Salud Reproductiva en México**, Population Council, Edamex, México, 1996.

Martin, Emily, "Menopause, Power, and Heat" en **The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction**, .New York, 1992.

Muntané, María Dolors, **La menopausia, cómo afecta a las mujeres y cómo resolverla**, Icaria, Barcelona, 1994.

Nicolson, Paula, "Anatomy and destiny: Sexuality and female body" en Choi y Nicolson (editoras), **Female sexuality, psychology, biology and social context**, University of Sheffield Biddles Ltd, Gran Bretaña, 1994.

OMS, **Informe del Comité Científico**, Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., 1994.

Organon, Boletín informativo de Laboratorios Organon, año 2, número 4, México, 1997.

Pichon-Rivière, Enrique, **El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social**, Nueva Visión, México, 1983.

Programa Nacional de la Mujer 1995-2000, Secretaría de Gobernación, Poder Ejecutivo Federal, México, 1996.

Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, Secretaría de Gobernación, Poder Ejecutivo Federal, México, 1995.

Vance, Carol, "El placer y el peligro: hacia una política de la sexualidad" en **Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina**. Revolución, Barcelona, 1989.