



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

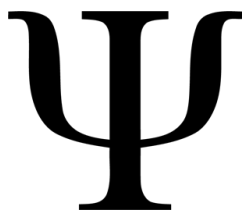
LA CRISIS DE LA MEDIANA EDAD: PROPUESTA DE TALLER DIRIGIDO A MUJERES EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

LIDIA MARCELA MENDOZA SOLLANO



DIRECTORA

MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX, 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Págs.
Introducción	3
1. Capítulo 1. La mediana edad	6
1.1 Ciclo vital	6
1.2 Mediana edad	8
1.2.1 Características de la vida adulta	9
1.3 Climaterio y menopausia	10
1.3.1 Síntomas: consecuencia de la deficiencia hormonal	12
1.3.2 Expectativas y creencias socioculturales de la mujer en edad madura ..	15
1.3.3 Síntomas y trastornos psicológicos presentes en el climaterio	17
2. Capítulo 2. Antecedentes de la crisis de la mujer en la mediana edad	20
2.1 Perspectiva de Mabel Burin	22
2.1.1 Salud mental de las mujeres	24
2.1.2 Problemáticas de la salud mental de las mujeres	28
2.1.3 Factores de riesgo para la salud mental de las mujeres	30
2.1.4 Patologías de género	32
2.2 Historia de las mujeres	34
2.3 Perspectiva de Género	36
2.4 Perspectiva psicoanalítica	40
3. Capítulo 3. La crisis de la mujer en la mediana edad	44
3.1 La mujer de mediana edad	44
3.2 La crisis	47
3.3 Depresión femenina	49
3.4 Los síndromes	52
3.5 Gestación de los deseos	54
3.6 Cambios corporales	56
4. Propuesta de taller: Crisis de la mediana edad en las mujeres	58
4.1 Justificación	58
4.2 Objetivo general	59
4.3 Objetivos específicos	59
4.4 Población objetivo	60
4.5 Número de participantes	60
4.6 Duración del taller	60
4.7 Escenario	61
4.8 Descripción del taller	61
4.9 Cartas descriptivas de 6 sesiones	62
Conclusiones	68
Referencias	70
Anexos	78

Introducción

Cuando las mujeres llegan al periodo de la mediana edad, que tiene un inicio aproximado a los 35 años de edad y finaliza alrededor de los 55, algunas de ellas perciben la presencia de algunos cambios corporales y/o fisiológicos, mientras otras, en edad más avanzada, van presentando los síntomas del climaterio. Aunado a la presencia de dichos cambios y síntomas, un alto porcentaje de ellas enfrentan situaciones tales como: cambios en la manera de relacionarse con los hijos e hijas que van creciendo o ya son adultos, cambios en la relación matrimonial o de pareja, el envejecimiento de los padres, la enfermedad o muerte de alguno de ellos o ambos. Para algunas mujeres la carga de trabajo aumenta, al igual que las preocupaciones. Derivado de esto, pueden experimentar momentos de tristeza, enojo, irritabilidad; y en algunos casos pueden evolucionar a depresión.

La incidencia de los factores mencionados anteriormente o la presencia de algunos de ellos pueden llevar a la mujer a preguntarse qué le pasa, ¿Por qué está así?, ¿Qué debe hacer?, ¿Por qué no es capaz de solucionar los problemas como antes?; incluso puede llegar a devaluarse, a sentirse inútil, a creer que ya no hay salidas. En ocasiones, el recurso común es acudir al médico familiar o especialista, ya sea ginecólogo o psiquiatra, quienes les podrán recetar tratamientos de remplazo hormonal, o medicamentos psiquiátricos para contrarrestar síntomas molestos y padecimientos emocionales, lo cual puede ayudar en buena parte a lograr cierto alivio. Sin embargo, existen otros factores, sociales y culturales, que pueden influir potentemente en la conformación de la crisis de la mediana edad.

Al referirnos al factor cultural como elemento propicio para la conformación de la crisis, lo hacemos explicándolo ampliamente en capítulos posteriores, como un componente contextual que actúa a modo de instrumento que modula poderosamente la conducta de hombres y mujeres, influyendo desde en la forma de relacionarse, de resolver problemas, hasta en sus sentimientos y actitudes, presionando para que respondan a las expectativas creadas desde siglos atrás. De esta manera, culturalmente, se han designado espacios y actividades propios de y para las mujeres. Tales presiones y designaciones de deberes juegan un papel importante en la configuración de la crisis de la mediana edad.

De forma similar, el factor social, refiriéndonos a la presencia de cambios drásticos en la vida cotidiana dentro de los ámbitos: familiar y laboral. Cambios relacionados al desempeño de los roles propios de las mujeres, roles o papeles que típicamente se adjudican a las mujeres, los cuales también inciden en la conformación de dicha crisis. Es muy común que las mujeres en esta etapa

enfrenten los cambios que presentan los hijos en la adultez temprana, ya sea que vayan ganando autonomía y tomando distancia de la madre o se independicen y dejen el hogar. En cuanto a la relación de pareja o matrimonio, el compañero de vida también puede estar en crisis, atravesando la mediana edad o entrando a la vejez o tal vez adaptándose a la jubilación en casa y en ciertos casos, ocurre la separación y/o procede el divorcio. Respecto a los padres, estos pueden ir envejeciendo, tal vez perdiendo facultades o incluso enfermando y requiriendo de cuidados específicos que históricamente e incluso en la actualidad, suelen ser relegados e impuestos a las hijas únicamente por su condición de ser mujeres. Tal hecho suele estar establecido como el deber social de las hijas.

Con todas estas situaciones, o con algunas de ellas, pueden estar lidiando las mujeres de edad mediana que en paralelo cursan la etapa del climaterio, sin embargo, el apoyo institucional al que pueden acceder para dar manejo a estos malestares es casi nulo. No existe una institución que brinde atención formal a estos malestares puesto que existe un amplio desconocimiento de esta condición en la mujer. A la par, las representaciones sociales con un machismo estructural históricamente arraigado otorgan una doble responsabilidad a la mujer que atraviesa esta situación, obligándole a autocuidarse y autogestionar su propia atención al mismo tiempo que le obliga a estar bien para poder cuidar de otros y dar buena cara ante su comunidad, pues en ello se les obliga a centrar su valor como mujer. Debido a esto, es que es que resultó necesario implementar un taller encaminado a la sensibilización de la crisis de la mediana edad de las mujeres, puesto que es que es un punto crucial para el entendimiento de la compleja situación por la que atraviesan un alto porcentaje de ellas, quienes en muchas ocasiones tampoco alcanzan a visibilizar su propia condición y pueden quedar inmersas en las etiquetas o estigmas sociales.

A fin de cumplir con este objetivo, esta tesina aborda una propuesta de taller de sensibilización acerca de la crisis de la mediana edad en la mujer. Para ello se generó el Capítulo 1. La mediana edad. El cual incluye la perspectiva del ciclo vital, esta describe las diferentes etapas del desarrollo del ser humano, distinguiendo entre ellas la Edad adulta intermedia (40 a 65 años). Enseguida se resaltan las características propias de la vida adulta, continuando con la explicación pertinente para diferenciar el climaterio de la menopausia, especificando los síntomas, tanto físicos como psicológicos que conlleva cada proceso y, por último, se retoma el tema de las creencias y expectativas socioculturales de la mujer madura.

En el Capítulo 2. Antecedentes de la crisis de la mujer en la mediana edad, se abordan los antecedentes de la crisis de la mujer en la mediana edad, mencionando diferentes trabajos que

explican el tema desde una perspectiva renovada, en la que no solo se aborda el aspecto médico, sino que toma en cuenta factores psicológicos, históricos, culturales y sociales. Se retoman múltiples propuestas epistemológicas de la autora Mabel Burin, doctora en Psicología clínica y psicoanalista, quién en sus diferentes publicaciones, libros y tesis, describe el tema ampliamente desde una visión de interdisciplinaria. Desde su perspectiva crítica y de análisis, explica el campo de la salud mental basándose en tres modelos: Psicológico, emotivo-sensible y tensional-conflictivo; define las problemáticas de la salud mental de las mujeres señalando los diversos factores de riesgo. Finalmente se desarrollan los tres últimos apartados con el propósito de una mayor comprensión del tema: Historia de las mujeres, Perspectiva de género y Perspectiva psicoanalítica.

En el Capítulo 3. La crisis de la mujer en la mediana edad, se describe ampliamente el periodo temporal que abarca dicha etapa, tomando como punto de partida lo que algunos autores señalan como etapa de la adultez temprana y el periodo de la madurez intermedia. Se aborda el tema de la crisis y sus posibles desencadenantes, como son las pérdidas que enfrentan las mujeres en esta etapa. Se explica cómo el desempeño de roles propios de las mujeres puede ser causa de depresión en las mujeres que están atravesando la mediana edad. Se abordan algunas definiciones del concepto y se señalan los tres tipos síndromes que Burin vincula a las depresiones femeninas: Síndrome de desamparo, Síndrome de impotencia y Síndrome de deprivación sensorial. Se explica la gestación de deseos, nuevos y múltiples, por medio de un mecanismo psíquico de transformación, al encaminar el dolor por la pérdida, no hacia estados depresivos, sino hacia un deseo hostil diferenciador que estimula la ruptura de identificaciones anteriores para dar paso a nuevos deseos. Se incluye, también, el tema de los cambios corporales provocados por los cambios hormonales y que pueden impactar en su autoconcepto, autoimagen, autoestima y seguridad personal.

Finalmente, Capítulo 4. Propuesta de taller: Crisis de la mediana edad en las mujeres. Este incluye el diseño y la descripción del taller encaminado a la sensibilización de la crisis de la mediana edad dirigido a mujeres en la etapa del climaterio, puntualizando algunos aspectos importantes para el desarrollo del mismo, tales como justificación, objetivo general, objetivos específicos, población meta y temas que serán revisados durante su aplicación.

Capítulo 1. La mediana edad

1.1 Ciclo vital

De acuerdo con la psicología del desarrollo, la perspectiva del ciclo vital, como mencionan Dulcey y Uribe (2002), más que una teoría, es un marco de referencia de tipo contextual y dialéctico que estudia la totalidad de la vida como un continuo con cambios, considerando parámetros históricos, socioculturales, contextuales, y del transcurrir cotidiano e individual, como prevalentes sobre cualquier clasificación abstracta, o en la que predomine la edad como criterio. La perspectiva del ciclo vital representa un intento para superar la dicotomía crecimiento-declinación, reconociendo que en cualquier momento de nuestras vidas hay pérdidas y ganancias.

Los cambios que se van generando a lo largo de la vida son, tanto cuantitativos (estatura, peso, cantidad de vocabulario), como cualitativos (en la estructura, tipo u organización) que llegan a estabilizarse, convirtiéndose en constantes a la personalidad y la conducta.

El cambio y la estabilidad ocurren en las diferentes dimensiones o dominios del yo: físico, cognoscitivo y psicosocial; y a pesar de que varios de los científicos del desarrollo los estudian por separado, dichas dimensiones se encuentran entrelazadas, interactuando, afectándose unas con otras a lo largo de la vida, todas en igualdad de importancia.

El crecimiento del cuerpo y el cerebro, las capacidades sensoriales, las habilidades motoras y la salud forman parte del desarrollo físico; mientras que el cambio y la estabilidad que acontecen dentro del campo de las habilidades mentales como: el aprendizaje, la atención, la memoria, el lenguaje, el pensamiento, el razonamiento y la creatividad constituyen el desarrollo cognoscitivo. Entretanto, el cambio y la estabilidad en las emociones, la personalidad y las relaciones sociales constituyen en conjunto el desarrollo psicosocial.

Papalia (2012) describe ocho periodos del ciclo vital:

1. Periodo prenatal (concepción al nacimiento): se produce la concepción por fecundación natural o por otros medios. La dotación genética interactúa con las influencias ambientales desde el principio. Se forman las estructuras y órganos básicos del cuerpo: comienza el crecimiento acelerado del cerebro. Ocurre el mayor

crecimiento físico de la vida. Se desarrollan las capacidades de aprender, recordar y responder a la estimulación sensorial. El feto responde a la voz de la madre y siente preferencia por ella.

2. Infancia y primeros pasos (del nacimiento a los tres años): Rápido crecimiento físico y desarrollo de las destrezas motrices. La comprensión y el uso del lenguaje se desarrolla con rapidez. Se desarrolla el apego a padres y otros, así como la autoconciencia. Se produce el cambio de la dependencia a la autonomía. Aumenta el interés en otros niños.

3. Niñez temprana (tres a seis años): a pesar de que el pensamiento es egocéntrico va desarrollándose la comprensión de la perspectiva de otras personas. Aparece la preferencia manual. El juego se caracteriza por ser imaginativo, elaborado y social. Se incrementa la independencia, la iniciativa, el autocontrol y el autocuidado. Se desarrolla la identidad de género.

4. Niñez intermedia (seis a once años): el crecimiento se hace más lento, disminuye el egocentrismo, los niños empiezan a pensar de manera lógica pero concreta. Aumentan la memoria y las habilidades lingüísticas. El autoconcepto se vuelve más complejo, afectando la autoestima, los compañeros adquieren importancia real.

5. Adolescencia (11 a alrededor de 20 años): el crecimiento físico y otros cambios son profundos, ocurre la madurez reproductiva. Se desarrolla la habilidad para pensar de manera abstracta de usar el razonamiento científico, el pensamiento inmaduro persiste en algunas actitudes y conductas. Se vuelve central la búsqueda de la identidad, incluyendo la identidad sexual, las relaciones con los padres por lo general son buenas. El grupo de compañeros ayuda a desarrollar y probar el autoconcepto, pero también puede ejercer una influencia social.

6. Edad adulta temprana (20 a 40 años): la condición física llega a su cima, luego disminuye ligeramente, las elecciones del estilo de vida influyen en la salud. Las habilidades cognoscitivas y el juicio moral adquieren mayor complejidad. Los rasgos de personalidad y los estilos se hacen relativamente estables, pero los cambios en la personalidad pueden ser influidos por las etapas y los acontecimientos de la vida. Se toman decisiones acerca de las relaciones íntimas y de los estilos de vida personales. La mayoría de las personas se casan y se convierten en padres.

7. Edad adulta intermedia (40 a 65 años): puede tener lugar cierto deterioro de las habilidades sensoriales, la salud, el vigor y la resistencia, las mujeres experimentan la menopausia. La mayoría de las habilidades mentales básicas llegan a su climax; la experiencia y las habilidades prácticas para la solución de problemas son altas. La producción creativa puede declinar, pero mejora su calidad. El sentido de identidad continúa desarrollándose. La doble responsabilidad de cuidar a los hijos y a los padres ancianos puede generar estrés. La partida de los hijos ocasiona el sentimiento del nido vacío.

8. Edad adulta tardía (65 años en adelante): la mayoría de la gente es saludable y activa, aunque la salud y las habilidades físicas declinan en cierto modo; la menor velocidad del tiempo de reacción afecta algunos aspectos del funcionamiento. La mayoría de la gente se muestra mentalmente alerta. Aunque la inteligencia y memoria pueden deteriorarse en algunas áreas, la mayoría de la gente encuentra formas de compensar. El retiro, como fuerza de trabajo, puede ofrecer nuevas opciones para el uso del tiempo, la gente necesita afrontar pérdidas personales y la muerte inminente, las relaciones con la familia y los amigos pueden proporcionar apoyo importante, la búsqueda del significado de la vida adquiere importancia central.

1.2 Mediana edad

En el marco de las ocho etapas de desarrollo establecidas por Papalia (2012) se sitúa la edad adulta intermedia, entre los 40 y 65 años de edad. A diferencia, Burin y Meler (2001) ubican la adultez temprana de los 30 a los 40 años, y a la edad adulta intermedia entre los 40 y 50 años. En las mencionadas referencias encontramos diferencias cronológicas, sin embargo, para los objetivos del presente proyecto se considera pertinente mencionar que Mabel Burin (1987) ubica al periodo de la mediana edad al lapso temporal entre los 35 y 55 años de edad; ya que en promedio los cambios fisiológicos y algunos eventos entorno a experiencias con la familia, inician alrededor de los 30 años; por lo que es altamente probable que los individuos estén atravesando los cambios típicos de esta etapa.

1.2.1 Características de la vida adulta

Un criterio definitorio de la vida adulta es la edad cronológica. La madurez biofisiológica conlleva cambios biológicos que son concomitantes con los cambios en la posición social y con la asunción de nuevos roles sociales definidos en la adultez. Para considerar que un sujeto es adulto se requieren de ciertas características, las cuales dependen de aspectos económicos, históricos y culturales de la sociedad en la cual vive el sujeto.

En la adultez temprana se redefinen los roles y la identidad de género, lo cual va de acuerdo con los argumentos de Joscelson (2003), quien señala que “los cambios que en la mitad de la vida afectan los roles y las relaciones pueden afectar la identidad de género” (Citado en Papalia et al., 2010, p. 526); mientras que la adultez intermedia se caracteriza por ser la etapa de los grandes logros profesionales o sociales que llevan a los sujetos a sentirse autorrealizados o fracasados y a desarrollar ciertos grados de introspección que los remiten a replantearse su identidad de género.

Los estudios de Neugarten en 1975 (Citado en Burin, 2001) señalan la existencia de una dinámica de transición desde la mediana edad hasta la vejez, en la que se destacan los procesos de adaptación a través del tiempo. Menciona al ciclo vital normal y expectable, refiriéndose a que los adultos tienen internalizadas las expectativas consensualmente validadas sobre la secuencia de los mayores eventos de su vida, asimismo cuáles deben ser y cómo deben ocurrir.

Para Neugarten:

“Los eventos normales y expectables de la vida no deben en sí mismos constituir crisis ni producir traumas. El fin de la escolaridad, dejar la casa de los padres, el casamiento, la paternidad, encontrar trabajo, el crecimiento de los propios hijos y su partida del hogar, la menopausia, la abuelidad y la jubilación, en nuestra sociedad son los puntos decisivos normales, las marcas o las puntuaciones que se establecen a lo largo del ciclo vital” (1975, p. 11).

En fin, se es adulto cuando se comprende que el curso de la propia vida es similar al curso de la vida de los demás, y que los puntos decisivos a lo largo de ella son inevitables.

1.3 Climaterio y menopausia

El climaterio es un acontecimiento fisiológico de la vida de la mujer que se manifiesta de una forma evidente en el aparato genital por la pérdida de la función reproductiva, pero ese cambio incluye numerosos procesos que ocurren simultáneamente en diferentes órganos y sistemas. Los efectos de la insuficiencia ovárica son diferentes para cada mujer, y las necesidades terapéuticas y preventivas son cambiantes en función del tiempo transcurrido, sensación de bienestar o malestar y medio ambiente.

Existen tantos conceptos de climaterio como autores que estudian el tema, algunos conceptos de acuerdo a diferentes autores serían:

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud: El climaterio es un fenómeno que ocurre en el desarrollo del ciclo vital normal de la mujer, durante la etapa de la adultez madura, y se considera dentro de los procesos fisiológicos que pueden transcurrir sin mayores complicaciones. Estudios epidemiológicos y clínicos realizados en diferentes países reportan que cerca del 80% de las mujeres expresan algún síntoma durante el período de transición que existe entre la etapa reproductiva y la no reproductiva de la vida de la mujer. La aparición de los síntomas característicos aparece generalmente antes de la menopausia y se hacen más evidentes en la medida que transcurre el tiempo (2014, p. 10).

(Flores et al., s.f.), refieren que el climaterio es una época que constituye en la mujer un período de gran complejidad por la indisociable interacción de las dimensiones biológica, psíquica, socio-cultural y médico social. Asimismo, las características e intensidad con las que es vivenciado este periodo, están determinadas tanto por la estructura psicológica de cada mujer, como por los modelos socioculturales internalizados y transmitidos transgeneracionalmente.

(Ambrojo, 2012, Capote et al., 2011 y Asociación Mexicana para el estudio del climaterio, 2010) describen al climaterio como un acontecimiento fisiológico, un proceso natural o una etapa de transición, en la vida de la mujer, que comienza con el inicio del envejecimiento ovárico de carácter involutivo y se manifiesta de una forma evidente en el aparato genital por la pérdida de la función reproductiva, incluye numerosos procesos que ocurren simultáneamente en diferentes órganos y sistemas la cual culmina con la senectud (en González y Jiménez 2016, p. 19).

Paredes Pérez señala (en Capote, 2011, p. 4) que "El climaterio es una etapa de transición de carácter involutivo, durante la cual desaparece la menstruación, se pierde la capacidad reproductiva, se producen signos de desfeminización y tienen lugar ciertos cambios psicológicos, todo esto como consecuencia directa de la disminución progresiva de la función ovárica".

Un punto en el que coinciden las diferentes conceptualizaciones del climaterio es qué en el transcurso de éste, generalmente, sucede el último sangrado menstrual, al cual médicamente se le denomina menopausia. Este es el cambio de un estado reproductivo a un estado no reproductivo.

El climaterio a su vez, se divide en: premenopausia, en la que pueden existir ciclos menstruales regulares, aunque la reserva ovárica ya esté reducida; perimenopausia, que inicia con los trastornos menstruales y endócrinos y su duración es muy variable –de dos a ocho años antes de la menopausia y un año posterior a ellos- y, finalmente, la posmenopausia, en la que ya el ovario es una estructura atrófica que pesa menos de diez gramos.

Habitualmente se utiliza el término "menopáusicas" como calificativo para las mujeres que cursan la etapa del climaterio, el cual, aparte de ser peyorativo es incorrecto ya que la menopausia es solo un instante, en el cual ocurre la última menstruación. Por lo tanto, no se debe confundir el climaterio con la menopausia. El climaterio es una etapa de la vida que puede durar alrededor de 30 años, y la menopausia es un momento que sucede normalmente a la mitad de la vida.

La menopausia es un estado fisiológico de la mujer que forma parte del proceso natural de envejecimiento, caracterizado por el cese de la secreción hormonal ovárica, lo cual da lugar a cambios que afectan el aparato urogenital, sistema cardiovascular y óseo. La Organización Mundial de la Salud (2003) define la menopausia como el cese permanente de la menstruación tras un periodo de doce meses consecutivos de amenorrea, sin otra causa aparente patológica ni psicológica (Citado en Amaya, 2005, p. 7).

La menopausia ocurre en todas las mujeres, sin embargo, cada una experimentará su climaterio en forma distinta. Esto dependerá de muchos factores, entre ellos: la personalidad, el significado que tiene para cada una ésta nueva etapa, el rol social que tiene la mujer en esta etapa en las distintas culturas. Es un momento de grandes cambios, tanto desde el punto de vista físico y emocional como sociocultural.

Cabe mencionar que cuando la menopausia se presenta antes de los 35 años de edad, se considera como insuficiencia ovárica prematura.

El climaterio es una etapa muy importante en la vida de una mujer, es el espacio vital que sigue al periodo reproductivo. El climaterio está lleno de cambios biológicos y psicológicos, que en definitiva no marcan el final de la vida (Reynoso, 2009, p. 6).

1.3.1 Síntomas: consecuencia de la deficiencia hormonal

Durante la etapa del climaterio pueden aparecer síntomas, tales como: los sofocos, taquicardias y palpitaciones que molestan a la mujer. Es frecuente el insomnio, el aumento de sudoración, la ansiedad, la opresión en el pecho, las náuseas y la depresión. Esta última, “En ocasiones se manifiesta por llamativos equivalentes somáticos, óseos y musculares, cefaleas, vértigos, salto epigástrico, anorexia o bulimia y aumento de peso no relacionado con la cantidad de alimento ingerido, o de apetito” (Lugones, 2001).

Una vez que los síntomas se presentan, lo que habitualmente sucede en la segunda década del climaterio, llamado climaterio perimenopáusico, se inicia la etapa temprana de la sintomatología climatérica. “Muchas mujeres (hasta el 80 % de acuerdo con estadísticas estadounidenses y entre el 40 y 76 % de acuerdo con estadísticas mexicanas) experimentan bochornos, uno de los síntomas más característicos de que se está perdiendo o se ha perdido la producción hormonal en los ovarios. Estos bochornos, o un equivalente como pueden ser episodios de sudoración nocturnos, pueden aparecer aun antes de que desaparezca la menstruación, especialmente los días previos a que llegue esta” (González et al., 2012).

Tanto los bochornos como los episodios de sudoración se originan por un desajuste en el funcionamiento de las estructuras del sistema nervioso, encargadas de regular el control de la temperatura y los vasos sanguíneos, por lo que se han llamado cambios vasomotores.

A pesar de que no todas las mujeres los padecen, estos trastornos que la mayoría sufre, no tienen nada de imaginarios como popularmente se ha dicho. Actualmente se conoce mucho de lo que hay detrás de estos, los niveles cada vez menores de estrógeno son los que alteran el balance de los neurotransmisores. “Aunque en algunas mujeres desaparecen espontáneamente, se ha demostrado que al 80 % de quienes los padecen les dura más de un año, del 25 al 50 % les duran cinco años y al 25 % les siguen aquejando el resto de su vida, si no hacen nada para corregirlo” (González et al., 2012).

Los bochornos, comúnmente tienen una duración de entre 30 segundos a 5 minutos, inician con una sensación de calor que va aumentando la temperatura corporal, especialmente en la parte superior del tronco, cara y cuero cabelludo, continuando con la presencia de sudoración, para finalmente terminar con escalofrío. Todos estos eventos se presentan en esa sucesión, son desencadenados por el aumento de temperatura, e igual que a cualquier otra circunstancia que provoque aumento de temperatura, es la forma en la que el organismo se defiende y estabiliza la temperatura corporal.

Debido a los cambios en las sustancias químicas que provocan la aparición de bochornos y que actúan en otras partes del organismo, es que también se presentan la taquicardia y las palpitaciones (Capote, 2011).

Un signo que a la vez es síntoma es la irregularidad menstrual, solamente una de cada 10 mujeres deja de menstruar súbitamente. El 90 % restante atraviesa un periodo de irregularidad que generalmente dura 4.5 años (Avis et al., 2015), hasta que se han acumulado 12 meses sin menstruación, en cuyo caso se puede decir que ha pasado la menopausia. Lo cual se explica por la falta de producción de hormonas sexuales, que dejan entonces de estimular el crecimiento y maduración de la capa interna de la matriz, *endometrio*, que es lo que se desprende y se elimina como sangrado menstrual cada ciclo, mientras no hay embarazo.

En la actualidad se conoce que los síntomas como dolores articulares y musculares, es probable que se deban a la falta de hormonas sexuales sobre el tejido conectivo y músculos del cuerpo. Estos dolores habitualmente desaparecen una vez que se inicia el tratamiento hormonal.

También, surge la atrofia de genitales manifestada por adelgazamiento del recubrimiento de la vagina, que además se estrecha y acorta. La uretra dirige su apertura hacia abajo y atrás, lo cual la vuelve más susceptible de infectarse, al igual que la vagina. Tales cambios, combinados con la resequedad vaginal, hacen que la relación sexual se vuelva una experiencia incómoda o, muchas veces, dolorosa (Alfonso, 2007, p. 21-38).

La parte final del aparato urinario también depende de estrógenos para mantenerse en buenas condiciones y sufre atrofia cuando éstos faltan. Una de las manifestaciones es el aumento de la frecuencia con que la mujer tiene que orinar, particularmente aumenta el despertar nocturno para vaciar la vejiga, ya que disminuye su capacidad. Las estructuras que dan continencia se debilitan y responden menos bien a los estímulos normales, lo que favorece la aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo, es decir, se pierde involuntariamente orina al toser, estornudar, reír, cargar algo.

Otro órgano afectado, a mediano plazo, por la carencia de estrógenos es la piel. Normalmente los estrógenos intervienen en el balance de la producción de colágena que permite la hidratación de la piel y se expresa en la tersura de esta. A consecuencia de su deficiencia la piel se adelgaza, se vuelve frágil y quebradiza, se acentúan las líneas de expresión, dando origen a las arrugas, particularmente alrededor de los ojos y boca y en la cara anterior del cuello.

Algunas consecuencias a largo plazo de la deprivación de estrógenos es la modificación desfavorable de concentración y proporción de grasas en la sangre, aumentando el colesterol malo y disminuyendo el bueno lo que se traduce en mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares. Asimismo, es en esta etapa en la que se presentan con más frecuencia enfermedades como presión arterial elevada y diabetes, las cuales no tienen causa directa por falta de estrógenos, sin embargo, tal condición dificulta su control y en consecuencia se vuelven más riesgosas. De esta manera es que “La enfermedad cardiovascular, específicamente la cardiopatía isquémica, en México es una de las tres causas principales de mortalidad en el grupo etario de 45 a 64 años de edad en ambos sexos, y el cáncer de mama en el caso particular de las mujeres” (Informe Sobre la Salud de los Mexicanos 2015, p. 88).

Otro órgano afectado por la falta de estrógenos y que no da síntomas francos hasta que se expresan sus consecuencias, en este caso las fracturas, es el esqueleto que desarrolla osteoporosis hasta en 4 de cada 10 mujeres posmenopáusicas sin tratamiento. La osteoporosis es un trastorno de deterioro de los huesos, por una pérdida excesiva del tejido óseo, lo cual aumenta la susceptibilidad a las fracturas y microfracturas. “Es un problema de salud pública mayor, debido a que estas imponen severas restricciones a la calidad de vida y en el caso de fracturas de las caderas, aumentan el riesgo de mortalidad” (Navarro, 2007).

En cuanto a la “Sintomatología de la serie depresiva en el climaterio (ansiedad, tensión, irritabilidad, cambios de humor, disminución de la energía y de la voluntad), es también característica de este proceso, ocurriendo en distintos grados en el 65% de la población menopáusica” (Jumping et al., 2005), debido a la disminución de los niveles de serotonina. Estos síntomas en la mayoría de las mujeres no alcanzan a constituir un trastorno depresivo mayor, sino constituyen estados depresivos leves a moderados.

Todos estos síntomas y signos tienen remedio y mucho del daño ocasionado puede detenerse y hasta revertirse, ya que cada mujer puede influir en cómo vive su futuro informándose y tomando parte activa del cuidado de su salud, preferentemente orientada por su médico.

1.3.2 Expectativas y creencias socioculturales de la mujer en edad madura

El contexto cultural de nuestra sociedad occidental influye en los significados que las mujeres atribuyen a la manera cómo viven cada etapa de sus vidas. Asimismo, diferentes factores pueden influir en el modo como las mujeres perciben y se posicionan frente a diferentes situaciones, siendo estas definidas por su contexto familiar, sus creencias, sus valores y prácticas de cuidado individuales. Así, en este ambiente, un evento presente y de gran importancia en la vida de las mujeres que logran la longevidad es el climaterio.

Dicha etapa de la vida de la mujer está cargada de diferentes connotaciones, generalmente peyorativas, implicando un disvalor. Se le asocia con la enfermedad, la depresión, el deterioro físico y cognitivo. Implica una serie de pérdidas en lo biológico, psicológico y social; y “Los duelos que en torno a estas pérdidas la mujer debe elaborar ponen a prueba su estabilidad y su capacidad para enfrentar frustraciones, pero sale enriquecida y aprende de la experiencia” (Bocchino, 2006, p. 67).

Las culturas marcan las pautas que las mujeres de distintas épocas y de diferentes partes del mundo deben seguir para vivir de manera particular el envejecimiento, y aunque existen cambios universales, cada mujer la transita de una manera especial, que depende, sobre todo, de sus características personales, de los logros que ha alcanzado y del entorno psicosocial en que vive.

Como ejemplo de lo referido anteriormente, mencionar que “En algunos lugares de Tailandia, durante el climaterio es cuando las mujeres adquieren una mejor posición social, liberándose del vínculo sexo-procreación y de los posibles problemas menstruales” (Marvan, 2017, p. 31). Taiwán es otro lugar en el que existe un estereotipo positivo de la mujer en el climaterio, en el que se suele definir a la menopausia con los conceptos de madurez y sabiduría, o como un símbolo de reto. Asimismo, en algunos lugares de la India, se considera al climaterio una etapa con experiencias positivas, ya que es cuando las mujeres tienen más tiempo y libertad para realizar sus labores (Marván y Cortés, 2008).

Desafortunadamente, en los países occidentales los estereotipos de la mujer que está cerca de la menopausia son primordialmente negativos, lo que puede influir en que una mujer tenga una actitud negativa. Incluso, en el lenguaje coloquial se usa la expresión de vieja menopáusica para referirse despectivamente a una mujer madura que está irritable, independientemente de las causas de su irritabilidad.

En México, dentro de un estudio realizado a una muestra de mujeres de mediana edad, Sievert y Espinosa (2003) preguntaron “¿cómo piensa que se siente una mujer durante la menopausia?”, y encontraron que ésta era vista como “insegura” y “no atractiva”, aunque al mismo tiempo fue percibida como “necesaria” y “exitosa”. La caracterización negativa de la mujer durante el climaterio se asoció con el reporte de más sintomatología. Subsecuentemente, en otro estudio llevado a cabo con jóvenes universitarios, hombres y mujeres, se pidió que completaran la frase “una mujer menopáusica es...”. Los jóvenes usaron los adjetivos “vieja”, “irritable”, “enojada” y “deprimida”, y no utilizaron ninguna palabra con connotación positiva (Marván et al., 2008). Finalmente, en otro estudio realizado también con jóvenes universitarios, el estereotipo de la mujer cerca de la menopausia fue “amargada”, “vieja” y “tensa”, aunque también “sensible” y “femenina”. El hallazgo interesante de este último fue la relación entre los estereotipos negativos de la mujer cerca de la menopausia y las actitudes sexistas de los participantes (Chrisler et al., 2013).

Actualmente la sociedad Occidental se nutre de estereotipos sociales y culturales heredados del modelo biomédico que da al climaterio una visión patológica y negativa asociada a la pérdida y al envejecimiento (Valls-Llovert, 2011 citado en Cárdbaba, 2018, p. 54).

Una muestra de ello, de acuerdo a (Cuadros et al., 2014), es el sentimiento de pérdida que tienen las mujeres españolas con la menopausia, lo cual hace pensar que la menstruación es un elemento fundamental de la feminidad de estas mujeres. Al desaparecer la menstruación presentan un sentimiento de menor feminidad fracturándose así la identidad como mujer, pero al mismo tiempo la mujer se libera de las molestias propias del ciclo menstrual y del posible embarazo (Citados en Cárdbaba, 2018, p. 55).

Por otra parte, al estudiar lo que la menopausia significa para las mujeres, se ha encontrado que existe mucha confusión debido a la falta de información. Tal confusión, frecuentemente la presentan mujeres que cursan la premenopausia, quienes suelen tener actitudes más negativas hacia la menopausia que las posmenopáusicas. Es decir, las mujeres tienden a ser más positivas cuando experimentan su propia menopausia. Pareciera que al experimentar en carne propia la menopausia, algunas mujeres reconocen que la menopausia no es una transición tan difícil como la esperaban. En otras palabras, “las creencias y actitudes de las mujeres que no han experimentado la menopausia, se basan principalmente en estereotipos que en nuestra sociedad suelen ser negativos. En contraste, las actitudes de las mujeres que ya han experimentado la menopausia se basan en sus experiencias personales” (Marván et al., 2013).

En lo anteriormente expuesto, por una parte se puede observar que la experiencia del climaterio es diferente en las distintas culturas, incluso es diferente para distintos grupos de mujeres dentro de una misma sociedad, lo cual revela la trascendencia de los factores psicosociales en la forma con la cual responde una mujer a los cambios fisiológicos; y por otra parte, se puede afirmar que actualmente no existe un modelo preciso en la cultura occidental que de pleno sentido a esta larga etapa.

1.3.3 Síntomas y trastornos psicológicos presentes en el climaterio

Como ya se mencionó anteriormente, el estudio de este período supone adentrarse en una fase del desarrollo humano en la que se produce una importante transformación: el tránsito de la capacidad reproductiva a la carencia de esta, moldeada por factores personales, ambientales y culturales.

En este periodo "... las mujeres desempeñan importantes roles de soporte familiar y social que pueden incrementar el estrés y la fatiga, al mismo tiempo que se modifica el medio en que tradicionalmente se ha desarrollado la familia. Los hijos se van, los padres enferman, disminuye su autonomía o mueren. La pareja, si la hay, atraviesa por una etapa de cambio, reclamando mayor atención; además, las variaciones de la figura corporal producen sentimientos de inseguridad y desconfianza acerca de los atractivos físicos que disminuyen, producto del proceso de envejecimiento" (Rodríguez y Escobar, 2014, p. 3).

En este mismo sentido, haciendo alusión a la pérdida de la juventud, debemos señalar que la juventud es un valor sumamente apreciado en nuestra sociedad occidental (Orozco et al., 2017). La ocurrencia de todos o algunos eventos señalados, que suelen presentarse esta etapa, representa una acumulación de importantes percances y duelos a realizar que por sí solos pueden ser capaces de desestabilizar emocionalmente (Rondón, 2008; Pérez et al., 2011; Landau y Milán, 1995). Cabe aclarar que esta inestabilidad podría presentarse incluso en cualquier persona en cualquier etapa de la vida ante la incidencia de dichos sucesos.

Por otra parte, el aumento progresivo de la esperanza de vida junto a los avances terapéuticos a lo largo del siglo XX y el presente, han determinado que cada vez sea mayor el

número de mujeres que alcancen el climaterio y que pasen al menos un tercio de su vida después de la ocurrencia de la menopausia.

En México, la esperanza de vida para la mujer en el año 2005 se estableció en 79 años, se contempla que para el 2035, una de cada tres mujeres mexicanas estará en la etapa del climaterio o en la posmenopausia con una expectativa de vida de 83.4 años. En nuestro país la menopausia sucede en promedio a los 47.6 años en un rango de 41 y 55 años (Caballero, 2011, p. 7)

Respecto a las estadísticas sobre la incidencia de síntomas psicológicos en las mujeres que atraviesan la etapa climatérica, aunque son variables, oscila entre el 25 y el 50% (Bas y Fernández, 2002). Dichas disfunciones las afectan especialmente en el período perimenopáusicos, que incluye los años previos al cese de la menstruación y en los primeros 3-5 años siguientes al último período menstrual.

Al sumarse los cambios hormonales, los nuevos roles sociales y el estilo de vida que cada mujer lleve y sus estilos de pensamiento, provocarán que se registren también síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, depresión, insomnio, temores sin fundamento aparente y disminución de la concentración entre otros, sin existir orden de intensidad o frecuencia al presentarse (López, 2001; Legorreta, 2007; Sherwin, 1996). Así lo avala un estudio realizado por (Hernández et al., 2010), en el que reunieron una muestra de 692 mujeres en México, encontrando que el 66.8% presentaba bochornos *síntoma vasomotor más frecuente reportado casi por cualquier mujer en esta etapa*, un 54.2% presentaron irritabilidad, un 50.6% nerviosismo y un 50.3% mareos, siendo estos los síntomas más frecuentes.

Entre otras investigaciones respecto al climaterio, se encuentran las enfocadas en la identificación de las manifestaciones clínicas, que en su conjunto se denominan síndrome climatérico, y su severidad, como el estudio de Heinemann, Potthoff y Schneider (2003) en el que se relacionan síntomas con trastornos neuropsicológicos, psicológicos o emocionales, entre los cuales se encuentran: la depresión, cambios en el estado de ánimo, irritabilidad, capacidad de memoria, pobre concentración, problemas en la emisión del lenguaje, pérdida de confianza, cansancio, afectación en el patrón sueño-vigilia, falta de deseo y disfrute sexual.

Otro estudio sobre el Síndrome Climatérico (SC) en la esfera psicológica y en relación a la sexualidad, es el realizado en Cuba por Heredia y Lugones (2007). Se encontró que en las etapas: perimenopausia y postmenopausia, los dos síntomas de mayor presencia fueron la depresión 87.35% y la ansiedad en 86.4%, seguidos del mal carácter 60.25%, disminución de la toma de decisiones 55.45%, irritabilidad 54.3% y disminución de la memoria 50.45%.

Así, como los estudios anteriormente mencionados que abogan por la asociación del climaterio como causa de trastornos psíquicos, existen otros que desmienten dicha asociación, los cuales consideran que la causa son factores sociales, culturales, y ambientales, más que hormonales o biológicos. Ya sea porque el déficit hormonal, propio del estado perimenopáusico y postmenopáusico, induce alteraciones psicológicas, o porque la década de los 45-55 años es un período complicado para la mujer por razones socio-culturales y ambientales, el caso es que la perimenopausia es una situación que frecuentemente se asocia con trastornos psicológicos.

Por lo tanto, podemos decir que a pesar de que no hay una enfermedad específica en el ámbito psicológico asociado a la deficiencia de estrógenos, sí se conoce toda una gama de alteraciones ligada a esta. Un porcentaje importante de mujeres en la transición a la posmenopausia cursan con: Alteraciones en el estado de ánimo y cambios de humor, irritabilidad, ansiedad, tristeza profunda o síntomas de depresión, dificultad de concentración, problemas para conciliar el sueño, pérdida de deseo sexual, pérdida de memoria (la disminución de estrógenos también afecta al funcionamiento normal del cerebro y se han observado más lapsos de memoria a corto plazo) y baja autoestima.

En este sentido juegan también un papel fundamental dos aspectos: la confrontación con el envejecimiento y de la mano de esta conciencia, la posibilidad de la muerte; y por otra parte la actitud del grupo social al que pertenece la mujer, con respecto tanto al envejecimiento como a la pérdida de la capacidad reproductiva.

“Según los conceptos de salud, salud mental y salud sexual de la OMS, nada debe impedir que la mujer climatérica sea mental y sexualmente sana. Es por eso que se deben estudiar y recomendar todos aquellos elementos que permitan la plenitud de sus posibilidades físicas, psíquicas y sociales en esta etapa de la vida” (Citado en Capote, 2011).

Capítulo 2. Antecedentes de la crisis de la mujer en la mediana edad

De entre los primeros estudios y trabajos de investigación referentes a la sintomatología de la mujer de mediana edad, periodo en el que generalmente inicia y transurre el climaterio y sucede la menopausia, la mayoría se desarrollaron en base al enfoque médico psiquiátrico, señalando a los cambios hormonales como los principales causantes de casi todos los malestares afectivos, físicos y/o psicósomáticos.

Desde este enfoque es que se consideraba a las mujeres como personas enfermas, necesitadas de tratamiento médico; por tanto los médicos especialistas –endocrinólogos y ginecólogos- eran los encargados de solucionar sus malestares, por medio de la aplicación de la terapia hormonal sustitutiva y de la medicación de tranquilizantes y ansiolíticos, entre otros. Al respecto, Isabel Matamala (1996) refiere: “En este sentido las y los médicos siguen comercializando con nuestros cuerpos, ellos ponen especial énfasis a la sintomatología y no en escucharlas a ellas como personas” (Citado en Charlton Lewis, 2003, p. 111).

De entre los trabajos que abordan el tema sobre las mujeres que atraviesan por esta fase del ciclo vital, mencionaremos algunos, tesis y textos especializados, que realizan una explicación renovada de lo que les sucede a las mujeres en esta etapa, tomando en cuenta factores: psicológicos, sociales y psicoculturales:

- *La mujer, sus síntomas y sus actitudes en la fase del climaterio.* Casamadrid (1989). En él analiza la relación que existe entre las actitudes de las mujeres hacia el climaterio con los síntomas que presentaban, concluyendo que las actitudes y expectativas de las mujeres hacia el climaterio pueden determinar, en algún grado, el tipo de sintomatología que las mujeres presentan durante esta etapa de su vida.

- Tesis: *El climaterio, aspectos psicológicos en el hombre y la mujer.* Englander (1993).

La autora señala de vital importancia la ayuda psicológica para eliminar los miedos supersticiosos acerca del climaterio, a fin de que la propia mujer, los hijos y el esposo acepten el problema, lo comprendan y lo combatan; tomando en cuenta a los

psicofármacos que controlan el organismo de la mujer, ya la psicología se encargará de mantener a la mujer equilibrada emocionalmente.

- La tesis de Morales y Nieto (1994). *Relación entre el grado de depresión de la mujer en el climaterio y su historia personal*. Se centra en la relación existente entre la depresión de las mujeres en el climaterio, su historia personal y algunos factores sociales. Concluyendo que, tanto la situación social en que se desenvuelve la mujer como los cambios hormonales influyen en que algunas mujeres presenten depresión, en algún nivel.
- Tesis de Fernández Fierro (2006). *Depresión y autopercepción de satisfacción familiar en etapa del climaterio en el primer nivel de atención*. El objetivo es identificar el grado de depresión y de auto satisfacción familiar en mujeres en etapa del climaterio en una unidad de Medicina Familiar. Concluyendo que: existe relación directa entre el grado de auto percepción familiar y el estado de depresión en las mujeres en etapa del climaterio, la prevalencia de los síntomas de depresión en mujeres en etapa del climaterio fue del 60%.
- El estudio con enfoque etnográfico, de Medina Lemus (2011). *Mitos y Tradiciones sobre el climaterio*, cuyo objetivo fue comprender la influencia que tienen las creencias míticas que poseen las mujeres con escolaridad nula, residentes de un área rural, respecto al climaterio. En base a los resultados concluye que el ambiente familiar, cultural y religioso en que se desarrollan son determinantes para el proceso de cada mujer; y “A pesar de que el climaterio es un fenómeno fisiológico que corresponde a una etapa de la vida de las mujeres y que teóricamente debería vivirse de forma más natural, existe una serie de condiciones sociales, psicológicas y culturales que lo presentan como un problema de salud pública. El Sistema de Salud Mexicano tiene una tendencia a medicalizar a la vida de la población sin atender la esfera psíquica, emocional y cultural de la familia” (p. 114).

Además de las tesis mencionadas, existen diversidad de importantes publicaciones sobre el tema del climaterio y la menopausia, De Buen (2009, p. 13), en su tesis *La crisis de la mujer en la mediana edad: Un estudio de caso*, refiere: “...de entre los más destacados podemos mencionar los siguientes: *Menopausia, la otra fertilidad* (Schneider, 1992), *La mujer en la segunda edad* (Stoppard 1995), *Una etapa vital, Menopausia* (Blasco, 1996), *Pasasage to Power. Natural menopause revolution* (Kenton, 1996) y *Cómo superar la menopausia. (Nuevo enfoque del cambio*

en la mediana edad de la vida” (Hall, 1998). Las autoras de dichos trabajos tienen en común el propósito de dar otro sentido a la explicación del climaterio y la menopausia en base a los cambios hormonales, ellas los comprenden y analizan de diferente manera; y en consecuencia proponen novedosas alternativas de atención para estas mujeres. Las diferentes formas de abordaje se deben, tanto a la diferente formación profesional de cada una, y a su postura ante la medicina tradicional, como a diferencias culturales, ya que unas son estadounidenses, otras son de origen Europeo, principalmente de Alemania y Gran Bretaña, otras son latinoamericanas.

2.1 Perspectiva de Mabel Burin

Mabel Burin, doctora en Psicología Clínica y Psicoanalista, especialista en género y salud mental, realizó su tesis de doctorado titulada: *La crisis de la mujer en la mediana edad*, en la que describe el tema ampliamente, así mismo, sus diferentes trabajos de investigación y publicaciones versan sobre el mismo. De entre sus múltiples publicaciones podemos mencionar: *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y Salud Mental* (1987), *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada* (1990), *Género, Psicoanálisis, Subjetividad* (1996), *Género y Familia; Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad* (1998), *Varones. Género y Subjetividad masculina* (2000), Compiladora del libro *Precariedad laboral y crisis de la masculinidad. Impacto sobre las relaciones de género* (2007).

Burin es miembro de un grupo de mujeres especialistas, investigadoras, terapeutas, psicoanalistas, etc. Ellas, en colaboración conjunta e independientemente, han realizado investigaciones sobre diferentes rubros que conciernen a la mujer en general, como son: familia, relación madre-hija, los varones, violencia intrafamiliar, etc. con una visión crítica e innovadora. Y es, desde esta postura crítica con la que emprende su perspectiva de análisis, pues ella no se enfoca al estudio del climaterio, sino que hace serios cuestionamientos a las formas con las que se han abordado las problemáticas femeninas, sobre todo a los planteamientos referentes a la salud mental de las mujeres.

Sus aportes más trascendentales son sus planteamientos relacionados con la salud femenina, de los que derivan los conceptos fundamentales para comprender y analizar: la especificidad de lo femenino y su enfoque sobre la mujer en la mediana edad.

La base de su perspectiva es la crítica y el análisis respecto a las teorías tradicionales utilizadas en el campo de la salud mental, pues considera que estas tienen como principios el ser esencialistas, biologists, ahistóricos e individualistas.

De acuerdo a Burin (2004) “Esencialistas son las respuestas a la pregunta “¿quién soy?” y “¿qué soy?”, suponiendo que existiera algo sustancial e inmutable que respondiera a tales inquietudes. Los criterios biologists responden a estos interrogantes basándose en el cuerpo, y así asocian fundamentalmente la sujeto mujer a la capacidad reproductora. Este criterio biologists supone que ser mujer es tener cuerpo de mujer, del cual se derivarían supuestos instintos tales como el maternal, la tendencia a brindar cuidados, a nutrir y otros” (p. 60).

En cuanto a “Los principios ahistóricos niegan que a lo largo de la historia de las mujeres hayan padecido cambios económicos y sociales que implican profundas transformaciones en las definiciones sobre feminidad; por lo contrario, suponen la existencia del “eterno femenino”, inmutable a través de los tiempos. Los criterios individualistas aíslan a las mujeres en su contexto social y suponen que, cada una por separado y según su propia historia individual, puede responder acerca de su identidad femenina” (Burin y Bleichman, 1996, p. 66).

El aspecto innovador de su propuesta es su carácter epistemológico, ya que sus análisis, conceptos y postulados son propiamente feministas y sociohistoricos, relacionados con postulados derivados del psicoanálisis.

Por lo que concierne a su aproximación al tema de la subjetividad femenina se remite a la historia de las mujeres como fuente de información acerca de los fenómenos, cambios y transformaciones de dicha subjetividad a través del tiempo. Así mismo, el psicoanálisis y la perspectiva social amplían su campo de comprensión sobre la construcción de la subjetividad femenina, principalmente articulando la vida colectiva con lo sociocultural y con lo individual personal.

Lo biológico es el punto más complicado debido a que sus planteamientos se basan en el supuesto de que la mujer se constituye como sujeto por su función reproductora; además, es un aspecto prioritario de sus postulados debido a la importancia que tienen los cambios corporales de las mujeres en la mediana edad en función de la generación de sus crisis.

2.1.1 Salud mental de las mujeres

La salud mental y física, y el bienestar social son componentes vitales de las personas, que están complejamente enlazados. La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. En este sentido, la salud mental puede definirse, de acuerdo a la Organización Mundial de Salud, como: “...El estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades” (OMS, 2004).

Burin (2010) considera la existencia de tres modelos de comprensión sobre la salud mental de las mujeres:

1) Psicopatológico, señala que un cierto grado de locura acompaña y define a la salud mental de las mujeres, el cual requiere de un tipo de racionalidad basada en criterios dualistas salud-enfermedad; y basándose en el criterio de enfermedad como desviación de lo normal, divide a los sanos-normales de los enfermos-locos-patológicos, y a partir de allí ubica a las mujeres dentro del universo sociosimbólico de las *locas*. Su modo de intervención es a través de expertos, de profesionales generalmente médicos que confían en herramientas principalmente farmacológicas o coercitivas para la acción que denominan curar.

2) Emotivo-sensible, acepta que existen conflictos en las mujeres que se pueden neutralizar con recursos técnicos apropiados -psicoterapias, cousing, psicofármacos- a fin de reinstalar la armonía o equilibrio.

Estos dos modelos se sustentan en el modelo médico y están vigentes, pero no reportan las problemáticas que se generan en la vida cotidiana de las mujeres. Mientras que el modelo:

3) Tensional-conflictivo, describe que “Las mujeres padecen estados de malestar, que expresan a través de sentimientos de tensión y de conflicto; la agudización de los estados de conflicto, denominados crisis, constituyen situaciones óptimas para abordar las problemáticas de las mujeres” (Burin, 2000, p. 70).

Según Favela, M., Muñoz, J. y Coordinadores (2005), este modelo supone los malestares, conflictos, crisis y enfermedades de las mujeres como un estar viviendo cotidianamente en situaciones de opresión; contempla la influencia de normas sociales que se reconocen excluyentes, alienantes y generadoras de los malestares de las mujeres. En cuanto a marco de referencia, éste posibilita explorar y evidenciar los malestares y conflictos de las mujeres como parte de su vida cotidiana desde su condición de género y no sólo como sucesos extremos, contemplando también las crisis vinculadas con periodos transicionales y con sucesos inesperados (p. 230).

Para (Burin, 2000, citado en De Buen, 2009, p. 20), este modelo se basa en las siguientes consideraciones:

- Las mujeres como grupo social padecen condiciones de opresión especialmente en sus vidas cotidianas.
- La definición de dos espacios de realización para las mujeres, el ámbito doméstico y el ámbito extradoméstico (a veces superpuestos al ámbito privado y ámbito público).
- El malestar que generan, en las mujeres es su vida cotidiana, los roles realizados en los dos ámbitos, el doméstico, el extradoméstico, y la interrelación entre ambos.
- Pretende examinar, reconocer y denunciar las condiciones de vida que producen modos específicos de enfermar de las mujeres.
- Destaca cuestiones relacionadas con el enfrentamiento de los conflictos y sobre los estados de crisis, especialmente las relativas a las crisis evolutivas, como propiciadores de transformaciones para la salud mental.
- Considera a las mujeres como sujetos sociales.
- Parte de analizar las relaciones de poder, intra e inter género.
- Considera el concepto de transicionalidad.
- Sus modos de operar se basan en la noción de género femenino.
- Su planteamiento referente a la labor crítica que está relacionado con un “estar haciendo”, para no quedarse encerrado en “un estado” intrapsíquico de “normalidad” o de “bienestar”.

Respecto a los modelos de intervención, plantea que ya sean grupales (grupos de reflexión, terapéuticos, de autoayuda) o individuales (psicoanálisis y psicoterapias), partirán del análisis y comprensión de la construcción de la subjetividad femenina y sus efectos en la psique de las mujeres. Así se podrá entender que cuidar la salud mental de las mujeres, o de la población en general, se procura a través de un conjunto de prácticas basado en un repertorio de conocimientos populares y científicos, que se proponen por objetivo: fomentar, preservar, restablecer y rehabilitar la salud mental de las personas y los grupos.

Burin toma el concepto *malestar* para construir su nueva propuesta, la cual consiste en replantear temas como: Salud mental femenina, nuevas patologías de género y nuevas alternativas de intervención. Así mismo, le da pie a interpretar de manera distinta la situación que viven las mujeres, porque enfatiza y se enfoca en la construcción social de las mujeres en cuanto a sujetos, en la construcción de su subjetividad tomando en cuenta la historia, especialmente en la historia de las mujeres y la historia personal de cada mujer. El interés primordial de esta perspectiva es desligar la noción de malestar de la enfermedad mental de las mujeres.

Por sufrimiento entendemos el malestar de las mujeres, ligado a una situación específica de opresión; por enfermedad, el malestar donde el reconocimiento de sus orígenes ha sido denegado.

La enfermedad es entendida como <pérdida de la conciencia de vivir en condiciones perturbadoras, siendo sujeto de un padecimiento individual, atribuido a disfunciones biológicas. En cambio, el sufrimiento femenino se describe como una situación de subordinación social propia de las mujeres> (Burin, 2000, p. 35).

Dos conceptos también importantes, correspondientes a dos universos simbólicos que circulan en la cultura de la salud y la enfermedad mental de las mujeres, son las *prácticas sociales* relacionadas con las *representaciones*, las representaciones sociales se han valido de las prácticas sociales para circular en nuestra cultura. Por ejemplo, los discursos relativos a la maternidad (prácticas sociales) han dado pie a la configuración del modelo mujer-madre (representaciones).

Gracias al trabajo profesional se les ha dado otro sentido a las prácticas sociales con mujeres, lo cual repercute en la comprensión diferente de los padecimientos psíquicos. También,

al reformular la problemática de la salud mental de las mujeres se ha abierto la posibilidad de considerar los modos de resistencia que las mujeres presentan a las condiciones opresoras que están relacionados con los trastornos de salud mental tradicionales: histerias, fobias y depresión.

Las teorías e investigaciones clínicas respecto a tales resistencias, se basan en la subjetividad enfermiza de las mujeres, garantizando –en alguna medida- que los “dispositivos de poder” puedan controlarlas.

El trabajo de Burin, respecto a la salud mental de las mujeres, toma de base a un Yo que padece conflicto, que siempre está presente. Toma en cuenta los procesos psicoanalíticos, como lo son: las demandas del Ello y las exigencias del Superyó-Ideal del Yo; por igual, toma en cuenta a las determinaciones impuestas por la realidad cultural –en su papel de cultura patriarcal-, y por las representaciones que tal cultura ofrece al género femenino.

Al respecto, la autora señala: “El objetivo, una vez más, será lograr que los conflictos no se estereotipen bajo la forma de enfermedad, sino que conserven su estado dinámico, su movilidad y flexibilidad. Hemos hallado que las situaciones de crisis constituyen, estados favorables para lograr tal movilidad. Es por ello que en nuestro estudio otorgamos un énfasis tan particular a las crisis vitales de las mujeres” (Burin, 2002, p. 41).

Para realizar nuevas formas de investigación y nuevas propuestas de trabajo se han entrelazado modelos teóricos y clínicos –que permiten comprender las patologías de género femenino en relación con las áreas de poder- con la vida cotidiana de las mujeres dentro de la cultura patriarcal. La vida cotidiana de las mujeres está ligada a la salud mental puesto que el malestar femenino y sus trastornos se generan en lo cotidiano y se expresan a través de diversos síntomas, tanto de índole psicológico, como físico y/o psicosomático.

2.1.2 Problemáticas de la salud mental de las mujeres

Burin (2002) define las problemáticas de la salud mental de las mujeres en base a dos ejes fundamentales: Las que denuncian las mujeres como parte de su malestar; y, los temas que han sido tradicionales en el campo de la salud mental.

Para la autora es básico hacer visible lo que ha permanecido invisible, para ello hay que señalar su existencia y, a partir de allí, hay que darle sentidos. Por lo cual, Burin, revela y clasifica las siguientes problemáticas:

- Las referidas a la violencia contra las mujeres, ligadas a la violencia y maltrato visibles: abuso sexual, maltrato físico, violaciones, etc.; y las relacionadas a la violencia invisible. “Considerando la perspectiva sexista en las prácticas asistenciales, con mujeres que consideran al malestar femenino desde una perspectiva naturista, biológica, sin historia y particularmente, con base en la perspectiva masculina como modelo paradigmático de comprensión de tal malestar” (Burin, 2000, p. 64).
- La referida a la comprensión de trastornos psicopatógenos de mujeres, que parten del modelo clásico médico. Para Burin, es necesario ofrecer herramientas conceptuales y técnicas que permitan comprender y operar sobre los modos de enfermar de las mujeres, que incluyan la perspectiva de la construcción social de las mujeres en nuestra cultura, que son determinantes de los procesos patológicos.
- Las relativas a la situación de México. En base a la introducción del libro: *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito...* publicado por Lara M y Nelly Salgado (2002). Lara comenta “La frase Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito..., hace alusión a la manera como las mujeres son vistas por el modelo hegemónico de la salud mental cuando presentan síntomas emocionales, en palabras de ellas. Desde esta visión, que se gesta en la cultura patriarcal, se considera que las mujeres son de naturaleza débil, vulnerables y con carencias, y su psicopatología es reducida a problemas relacionados con su funcionamiento reproductivo: síndrome premenstrual, depresión postparto, climaterio, esterilidad, etcétera. Esta visión trivializa las quejas de las mujeres e interpreta, lo que (Burin et al., 1990) prefieren llamar *malestar*, como enfermedades de origen biológico, las cuales proponen que sean tratadas con

medicamentos, y dan poca importancia a los factores socioculturales que las originan”.

De acuerdo a los párrafos anteriores, el trabajo de investigación realizado en México respecto a la salud mental de la mujer coincide con el de Burin en cuanto a visualizar que es fundamental que el análisis de los problemas de la salud mental que afectan a las mujeres considere la perspectiva de la constitución social de la salud mental y el concepto de malestar.

Dentro de la finalidad de dichos trabajos está la reflexión de las siguientes propuestas:

a) Sugerir que las políticas públicas y acciones a favor de las mujeres se reorienten, esto es debido al reconocimiento, en las últimas décadas, de que una gran parte del sufrimiento y estrés que viven las mujeres en México proviene de la inequidad que se refleja al interior de las familias, en la subordinación de las mujeres y la opresión hacia las mismas. El efecto extremo de tal situación es la violencia: psicológica, física y sexual. Respecto al área laboral, la inequidad se manifiesta en los salarios más bajos en relación al de los varones, y a veces lo realizan en condiciones insalubres y dañinas. El otro factor que repercute en la salud mental de las mujeres es la responsabilidad que se les adjudica respecto a las relaciones familiares afectivas. Tal factor - inequidad- afecta sobre manera a diversos grupos de mujeres, como son los grupos formados por: niñas de la calle, prostitutas, mujeres de las zonas rurales, etc.

En este mismo sentido, Berenzon y Medina-Mora (2002) sugieren que para mejorar los servicios de salud mental destinados a las mujeres, se debe: Considerar prioritaria a la salud mental; adecuar los instrumentos de medición a las necesidades y expectativas de las mujeres; analizar con una visión de género los datos que arrojan los resultados de las investigaciones sobre salud mental; mejorar e incrementar necesariamente los servicios de salud mental; adiestrar a los profesionales de la salud mental en una orientación de género; aumentar el número de proyectos de investigación que activen los enfoques que señalan la participación de la mujer en la prevención y tratamiento de los problemas emocionales; dar impulso a agrupaciones de mujeres de ayuda mutua, que diseñen estrategias en base al conocimiento de sus problemas y el reconocimiento de sus propias necesidades; y, que las mujeres participen activamente en la formulación de servicios de prevención y solución de problemas de la salud mental en México.

2.1.3 Factores de riesgo para la salud mental de las mujeres

Según Burin (2010) se les denomina factores de riesgo para la salud mental de las mujeres a las situaciones, o situación, que ofrecen una probabilidad mayor de provocar estados de morbilidad o enfermedad mental. Entre estos podemos mencionar: la edad, el nivel ocupacional, el número y edad de los hijos, el estado civil, las situaciones de duelo, especialmente la pérdida de la madre o de un hijo, y la violencia.

Dichos factores se adscriben a diferentes categorías o tipos de la siguiente manera:

- Factores provocadores, los cuales incluyen pérdidas, especialmente pérdidas de la madre o un hijo.
- Factores de vulnerabilidad, por ejemplo, tener tres o más niños en casa, situación que vuelve más susceptible a la mujer a padecer malestar psíquico.
- Factores predisponentes, son los que dejan al sujeto particularmente sensible para enfermar, debido a determinadas experiencias vividas en la infancia, por ejemplo, la experiencia de incesto en las niñas.
- Factores precipitantes, operan en el momento en que se inicia la enfermedad, por ejemplo, migraciones.

De acuerdo a Burin (2000), incluidos en el estudio y análisis de esta problemática aparecen los roles de género femenino y su repercusión en los modos de enfermar de las mujeres; entre ellos se destacan: el rol maternal, el conyugal, el de ama de casa, y el doble rol social de trabajadora doméstica y extra-doméstica. En ésta misma línea cabe mencionar la tendencia constante de las mujeres a maternalizar sus roles, más allá del rol maternal específico.

Respecto al rol maternal, la particularidad de la condición ser madre, y la que aún sin serlo maternaliza sus otros roles, conlleva la carga social del alto nivel de expectativas respecto a su cumplimiento, ejemplo de ello se observa en la expresión popular: una madre siempre se las arregla para satisfacer a los suyos. Esto, en sí, constituye un factor de riesgo para la salud mental de las mujeres, el cual puede potenciarse al coincidir con otro factor de riesgo como sería carecer de una red de apoyo confiable, de amigos y/o familiares.

Otra característica que concede matiz de riesgo al rol materno es que es cansador, no obstante que muchas mujeres no lo reconocen como verdadero trabajo, por lo cual se puede catalogar como una forma del trabajo invisible de las mujeres. Debido a esto unas mujeres no perciben a tiempo su cansancio, mientras otras lo pueden percibir, pero postergan su alivio. El cansancio por el trabajo maternal se asocia claramente con el malestar de las mujeres, el cual puede aparecer bajo la forma de angustia, sentimientos de culpa, hostilidad reprimida o trastornos psicosomáticos.

Es imprescindible señalar que el fin del, invisible, trabajo de maternaje es poner en marcha las capacidades físicas y psíquicas para lograr que el infante humano evolucione en un sujeto psíquico. La persona que lo realiza pone en marcha su aparato psíquico con una serie de prestaciones Yoicas necesarias y permanentes, esto es porque la maternidad es un proceso que abarca la gestación, parto, puerperio y crianza –educar, cuidar, atender, a uno o varios hijos a lo largo de la vida-.

En cuanto al rol conyugal se refiere, su realización tiene el fin de sostener el vínculo matrimonial, lo cual incluye el servicio afectivo y sexual. No conforme con esto, diferentes autores, le añaden que su adecuado desempeño incluye maternizar el rol; lo cual significa desarrollar funciones de alimentar, vestir, cuidar la higiene y ser sostén emocional de otros – el marido en este caso-.

La realización de todas estas actividades, vinculadas con el *ideal maternal*, requieren de las prestaciones Yoicas, como ya se mencionó, de las mujeres que lo realizan, lo cual significa que postergan sus necesidades personales con la idea de que, al posicionarse subjetivamente como ayudante del esposo, alcanzarán el ideal social y maternal y su confirmación narcisista; y complementando el diseño de este rol aparece la dependencia económica de las mujeres.

Respecto a este último punto, Coria (2006) ubica a estas cuestiones en la realidad concreta de la sociedad de mercado, donde el dinero es un elemento privilegiado de poder, en el que existen diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la disposición del dinero.

“Las mujeres representan el 50% de la población mundial adulta del mundo y un tercio de la fuerza de trabajo oficial, pero realizan casi las dos terceras partes del total de horas de trabajo y reciben sólo la décima parte del ingreso mundial, y poseen menos de una centésima parte de la propiedad inmobiliaria mundial” (Coria, 2002, p. 246).

Al trabajo doméstico identificado como rol de ama de casa se lo ubica dentro del orden de lo natural, pues se realiza a través de una serie de hábitos que se repiten todos los días, y por ello pareciera que siempre ha existido así, convirtiéndose en un trabajo incuestionable e inmodificable.

Este pensamiento no solo corresponde al pensamiento popular, sino que también sustenta a algunas teorías científicas que sostienen las formas de la ideología patriarcal, justificando especialmente el orden de la subordinación de las mujeres.

Este rol es de carácter despresógeno, o sea, da lugar a la depresión, la cual se expresa en tristeza, abatimiento, desesperación persistente junto con sentimientos de desvalorización, culpa, desamparo, ansiedad, llanto, tendencias suicidas, pérdida de interés por las actividades cotidianas, trastornos del sueño y alimenticios. Acompañado, a veces, de trastornos psicosomáticos.

2.1.4 Patologías de género

De acuerdo a Gaviria y Alarcón “El estudio del género y sus efectos en la salud mental es un fascinante y creciente campo de la investigación clínica. La exclusión de mujeres en la mayoría de estudios clínicos ha dado lugar a vacíos importantes sobre las enfermedades mentales y su tratamiento” (2010, p. 389).

Hasta hace pocas décadas, las mujeres eran excluidas de las muestras clínicas en estudios de investigación, así que los resultados de los estudios realizados en varones se aplicaban indistintamente a ellas. Por otro lado, si los estudios incluían mujeres, los datos no eran analizados por sexo y simplemente se asumía que no había diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la forma de enfermar o en la respuesta a los tratamientos. En la actualidad, se aceptan importantes diferencias entre hombres y mujeres y, en el caso de algunas enfermedades mentales, se acepta que las mujeres tienen diferentes síntomas, curso y factores de riesgo.

En cuanto a psicopatología se refiere, mencionaremos que el modelo tradicional denomina psicopatología al conjunto de teorías y prácticas que identifican a la normalidad con la salud y la patología con la enfermedad.

Según Margarita Ortiz “La psicopatología es la ciencia que estudia la etiología y las características de los trastornos psicológicos. Es una ciencia a la que nos hemos de acercar desde un modelo multidisciplinar, ya que se nutre de disciplinas científicas diversas, como la psicología, la biología, la neurología, la genética, la fisiología, la sociología y la antropología. Todas estas

disciplinas contribuyen a la elaboración de la psicopatología, y probablemente ninguna de ellas se baste por sí sola para explicar los fenómenos anormales” (2013, p. 19).

Mientras (Belloch et al.,2008) estiman que el objeto de la psicopatología se puede considerar amplio y complejo. Plantean que en primera instancia será necesario describir y conocer el fenómeno psicopatológico, para posteriormente poder buscar explicaciones que den cuenta de los factores que pueden predisponer, precipitar o mantener los comportamientos o las dificultades mentales alteradas. Por lo tanto, conocer e identificar estos factores favorecerá asimismo el poder predecir la aparición, el curso o la evolución de los trastornos. Aunque, mencionan, que no hay que perder de vista que la finalidad última de la psicopatología es el sujeto individual por lo que los principios generales sólo serán útiles si se pueden aplicar a personas concretas.

Ahora, respecto al estudio de las patologías de género, éste se ha desarrollado considerando la relación de la especificidad de lo femenino con la construcción de la subjetividad femenina, cuya constitución se ha investigado a través de la historia de las mujeres.

Entre las nuevas nociones que explican las vicisitudes de la construcción de la subjetividad femenina, las más importantes son: La división sexual del trabajo entre hombres y mujeres, las relaciones de poder –intergénero e intragénero-, la separación entre ámbito privado y ámbito público y los roles de género. Este último permite abordar, de otra forma, los modos de enfermar de las mujeres, debido a que enmarca conceptos intermedios: estereotipos de roles, asunción y adjudicación de roles, expectativas y desempeño de roles, entre otros.

De esta manera es como se dan nuevos sentidos a los padecimientos antiguos, actualizándolos, desarrollando novedosas relaciones, en base a la investigación y estudios actuales. Es fundamental dentro de esta nueva concepción, remitir constantemente la teoría a la clínica y la clínica a la teoría, esto, a fin de producir conceptos que contengan, a la vez, enunciados teóricos y enunciados clínicos.

Como ejemplo de ello, podemos mencionar algunos estudios que relacionan algunos trastornos mentales con factores psicosociales.

Respecto a lo que ocurre en nuestro país (Fleiz et al., 2012) y Rafful et al.,2012) concluyen que la depresión, ya sea como sintomatología o como trastorno mental, es más prevalente en mujeres de la población adulta. La depresión mayor ocupa el cuarto lugar entre las cinco principales causas de años de vida perdidos en salud en las mujeres mexicanas. A lo cual (Berenzon et al.,2013), añaden que los principales factores psicosociales asociados a la depresión

en la población mexicana es precisamente ser mujer, sobre todo si se es jefa de familia o si se dedica exclusivamente a las labores del hogar o a cuidar a algún enfermo.

2.2 Historia de las mujeres

Hace sólo unos años la pregunta ¿Existe una historia de las mujeres? Distaba mucho de ser retórica, pues la historiografía tradicional ha excluido a las mujeres de la historia “universal” o “general”, ora de manera involuntaria, ora dejándolas fuera de sus programas (Bock y Ferrandis, 1991).

En respuesta al cuestionamiento, diremos que si existe una historia de las mujeres y constituye una de las herramientas básicas que posibilita el estudio y el análisis de temas relacionados con la construcción de la subjetividad femenina; así mismo, para la construcción de la noción de salud mental de las mujeres.

Al mencionar los temas de Salud Mental de las Mujeres y La Subjetividad Femenina estamos hablando de constructos que se han moldeado entretejiendo diferentes factores: condiciones socio–económicas, producción histórica de la masculinidad y de la feminidad, sistema de valores y creencias en relación a los ejes salud – enfermedad mental, modelos científicos de interpretación e intervención técnica, análisis de las prácticas sociales y de vidas cotidianas, entre otros puntos.

El desencadenamiento de la mirada biomédica que ha dominado el discurso y las prácticas profesionales respecto a la materia de Salud Mental, ha requerido de una profunda revisión de estos paradigmas que permita la construcción de nuevos enfoques y a la vez posibiliten una comprensión y formas de intervención adecuadas a las necesidades y demandas de las mujeres. Ha sido necesario repensar el campo de la Salud mental de las mujeres, incorporando la relación que existe entre ésta y la producción histórica de las mujeres en tanto sujetos.

Fueron Duby y Perrot, los historiadores que se dieron a la tarea de coordinar el trabajo sobre la historia de las mujeres, pues consideraron que se requería incluir, con fuerza, las voces de sus protagonistas, sus maneras de dar sentido, de significar y comprender el sufrimiento y el bienestar, sus saberes, sus capacidades para identificar necesidades, y sus posibilidades de

enunciar caminos y generar acciones tendientes al desarrollo de su bienestar y a la realización personal y transformación (Cano, 2015).

La obra de Duby y Perrot conjunta trabajos de historiadoras de distintas generaciones; no obstante, los trabajos recopilados a lo largo de las dos últimas décadas del siglo pasado, perfilaron la historia de las mujeres como un novedoso y propositivo campo del conocimiento y del género como una dimensión de la sociedad cuyo análisis era indispensable al abordar el pasado con una mirada contemporánea.

Se mencionarán en los siguientes párrafos, algunos de los trabajos recopilados en la historia de las mujeres, que interesa resaltar por su referencia al tema de la construcción de la subjetividad.

Michelle Perrot (1995), señala que “hasta comienzos del Siglo XX las mujeres que aparecen en el discurso histórico son mujeres excepcionales por su belleza, virtudes o heroísmo” (Perrot, 1995, p. 7). Todas las demás no existen, esto es, refiriéndonos a una historia que enfoca exclusivamente la esfera pública –espacio de las relaciones de poder político y económico-, una historia que se desarrolla desde la mirada de los hombres hacia los mismos hombres. Desde este punto de vista podemos comprender que las mujeres quedaran silenciadas, invisibles para la historia.

Para el año 1929, coincidiendo con la crisis del capitalismo, Marc Bloch y Lucien Febvre fundaron en París la revista *Annales d'histoire économique et sociale*, que transformó el concepto de la historia al priorizar una historia social que incluía mentalidades, vida cotidiana, costumbres, familia, sentimientos, y subjetividades colectivas, lo que permitió estudiar a las mujeres como sujetos históricos. Hasta entonces, se había ubicado a la familia en la esfera privada separada de otro tipo de relaciones sociales, lo que contribuyó a perpetuar una ideología de la domesticidad, y promover la invisibilidad de las mujeres como trabajadoras. Tal como señala Lucien Febvre, la historia “No se hace en absoluto dentro de una torre de marfil. Se hace en la misma vida, y por seres vivos que están inmersos en el siglo” (Citado en Guardia, 2013, p. 318).

Coincidiendo con la aparición de la Escuela de los Anales, un grupo de historiadoras inglesas fundaron la Conferencia de Mujeres Historiadoras de Berkshire, cuyos objetivos eran: influir en la American Historical Association dominada por los hombres, y principalmente, estudiar el pasado de las mujeres a través de los ojos de las mujeres.

Posteriormente, la historiadora norteamericana Mary Ritter Beard, en 1933, en su libro *America Through Women's Eyes* intentó dar respuesta a las interrogantes: ¿Qué idea tenían las

mujeres de sí mismas? ¿Cómo veían su presencia en la sociedad? ¿Cómo eran percibidas por los hombres?

De primordial resonancia para el tema de las mujeres ha sido el movimiento feminista, que en consecuencia dejó interrogantes como: ¿Quiénes somos?, ¿De dónde vinimos?, ¿A dónde vamos?, lo cual dio impulso a la investigación y enseñanza universitaria, puesto que el campo de la historia y del quehacer del historiador es evidenciar hechos, seleccionarlos e interpretarlos. Así, dentro de esta nueva forma, la visión femenina cobra importancia.

La construcción y reconstrucción de la historia de las mujeres ha traído nuevas aportaciones que permiten enfocar de manera interdisciplinaria las diversas problemáticas que atañen al tema en relación a sus similitudes y diversidades, principalmente permiten comprender lo que ha sido construido, y que no es un determinante biológico, a través de interpretarlo por medio de la percepción, representación y/o construcción cultural y social.

Las décadas de los cincuentas y sesentas, aportaron nuevas formas de ser al mundo de la modernidad, las cuales han impactado en la estructura de la subjetividad femenina. Entre los aportes más importantes para este movimiento feminista se encuentra el ensayo titulado *El Segundo sexo* (Beauvoir, 1949). Para esta escritora, la historia de las mujeres y el análisis de la condición femenina requerían de una antropología estructural y de una historia, entonces, inexistente.

2.3 Perspectiva de Género

El feminismo del siglo XX, nuevo episodio de una historia ya larga, presenta la especificidad de haber producido, además de efectos políticos y sociales, efectos en el campo del conocimiento, efectos que se señalan o incluso se institucionalizan bajo la fórmula estudios feministas (pero también estudios sobre las mujeres, estudios femeninos, estudios de género) (Collin, 1993, P. 318).

Según el Manual de Sensibilización en perspectiva de género del Instituto Jalisciense “la categoría denominada como perspectiva de género surge en la segunda mitad del Siglo XX en el ámbito de las ciencias sociales. Responde a la necesidad de abordar de manera histórica y dialéctica, multidisciplinaria e integral, las relaciones entre mujeres y hombres con sus

implicaciones económicas, políticas, psicológicas y culturales en la vida social de los géneros” (González, 2008, p. 10).

Burin incluye dicha perspectiva en su trabajo ya que como herramienta conceptual vincula lo social con lo individual; y como categoría analítica centra su estudio en las características y en los mecanismos jerarquizados de las relaciones de género, y de manera explícita, critica la condición de las mujeres y su posición de desventaja, debida a la organización social estructurada en la desigualdad, basada en la diferencia sexual y los mecanismos de poder ancestralmente establecidos por los hombres.

Además, los estudios de género consideran las nociones de pluralidad, diversidad y fragmentación; lo cual permite el análisis de factores relacionados con la vida cotidiana sobre lo personal y sobre las diversas identidades.

Debido al desarrollo de nuevas teorizaciones dentro de los diversos campos de las ciencias se ha dado un giro al uso del término *género*, y desde esta nueva visión se han abordado temas sobre la génesis y la construcción de la identidad, enlazando problemáticas relativas a la subjetividad y a la cultura.

Desde la década de los cincuenta, el género como categoría de análisis, ha sufrido diversas transformaciones y se le ha dado distintos usos.

El género es utilizado en las ciencias sociales desde que el antropólogo John Money propusiera, en 1955, el término rol de género para describir los comportamientos asignados socialmente a los hombres y a las mujeres. En 1968, en sus estudios sobre los trastornos de la identidad sexual, el psicólogo Robert Stoller definió la identidad de género y concluyó que ésta no es determinada por el sexo biológico, sino por el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidos a cierto género (Citado en Márquez, 2016).

Al respecto, Mancilla (2001) señala que con el término género, el autor excluyó los aspectos psicológicos y culturales de los biológicos. Mientras, Lamas (2002), aclara que Stoller examinó algunos casos en donde la asignación de sexo falló, debido a que las características externas de los genitales se prestaban a confusión. Pone por caso, incidentes de niños genéticamente varones que por haber sufrido mutilación de pene, o por tener un defecto anatómico, se les rotuló como niñas, y gracias a que se les asignó esa identidad desde pequeños, facilitaron su posterior tratamiento hormonal y quirúrgico que les convertía en niñas.

Durante dicha época, el género, fue utilizado por el feminismo anglosajón que luchaba contra el determinismo biológico, el cual tenía la intención de equiparar lo sexual con lo biológico; de esta manera, es como el análisis del tema de la naturalidad permite cuestionar qué es lo adquirido y qué es lo innato. Al respecto, Burin y Lamas consideran a la maternidad como la máxima expresión de lo que ha sido construido social y culturalmente como del orden de lo natural, qué gracias a la diversidad de investigaciones dentro de las diferentes disciplinas sociales, está siendo cuestionado (Lamas, 2002 y Burin, 2000 y 2002).

En los años 70's, el ya mencionado feminismo, específicamente el anglosajón, impulsó el uso de este concepto para enfatizar las desigualdades entre hombres y mujeres y que éstas son socialmente construidas y no biológicas. Por lo tanto, distinguir la diferenciación sexual - determinada por el sexo cromosómico, gonadal, hormonal, anatómico y fisiológico de las personas- y de las interpretaciones que cada sociedad hace de ella, permite una mejor comprensión de la realidad social. Permite demostrar además que las características humanas consideradas femeninas son adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social (Lamas, 1986).

Cabe aclarar las diferencias entre los conceptos sexo y género. El sexo, como se explica en el párrafo anterior, se refiere a las diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres; son características con las que se nace y son universales, es decir, comunes a todas las sociedades y culturas y son inmodificables. Mientras, el género es el conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, que se construyen en cada cultura y momento histórico con base en la diferencia sexual. Y sus rasgos se han ido moldeando a lo largo de la historia de las relaciones sociales.

De acuerdo con Marta Lamas "Los dos conceptos son necesarios: no se puede ni debe sustituir sexo por género. Son cuestiones distintas. El sexo se refiere a lo biológico, el género a lo construido socialmente, a lo simbólico" (Lamas, 1996, p. 14).

En lo concerniente al sexo, es importante mencionar que el *modelo de la diferencia sexual*, con dos sexos distintos y bien diferenciados, puede ser considerado como un acontecimiento reciente en la historia de Occidente, con el cual convivimos de forma naturalizada. Este modelo que instala la diferencia sexual fue pensado en contrapunto con los aspectos del sexo único, que es referencia y paradigma desde la Antigüedad. "A partir del Siglo XVII, esos aspectos, del sexo único, sufrieron presiones desde los descubrimientos de la anatomía y de las diferencias morfológicas en los cuerpos de los hombres y de las mujeres. En el Siglo XVIII, una nueva relación

entre los sexos producirá una teoría natural de la diferencia sexual: ser hombre o ser mujer estará relacionado a la naturaleza biológica. Entonces el paradigma anterior es sustituido por el modelo de la diferencia sexual” (Laqueur, 2001 y Birman, 2001; citado en Clemens et al., 2015).

Consonante con su tiempo histórico, la revisión que Freud realizó acerca de los temas de la diferencia sexual y de lo femenino va de acuerdo con las directrices dominantes de su época en distintas áreas del conocimiento. Es así como la construcción de este modelo se remite tanto al campo de la biología como al psicoanálisis.

A pesar de que Lamas (2000 y 2002) considera que existe un abismo entre las descripciones biológicas y las descripciones sociales sobre la explicación de las consecuencias que las diferencias, en la anatomía sexual, provocan en los individuos, es fundamental para el desarrollo del género incluir lo biológico y lo psíquico. De igual forma, para estudiar la crisis de la mujer en la mediana edad es fundamental el análisis del aspecto psíquico desde el psicoanálisis; asimismo, es esencial tomar en cuenta las producciones teóricas o explicativas de la visión biológica sobre dicha crisis.

Fue en la década de los 80's cuando el género comenzó a ser utilizado por diversas disciplinas de las ciencias sociales porque demostró ser una categoría útil para delimitar con mayor precisión cómo la diferencia (biológica) se convierte en desigualdad (económica, social y política) entre mujeres y hombres, colocando en el terreno simbólico, cultural e histórico los determinantes de la desigualdad entre los sexos (Lamas, 2006). De esa manera es como los estudios de género han descrito los sentidos y consecuencias sociales y subjetivas que conlleva el hecho de pertenecer a uno u otro sexo.

En orden a lo mencionado anteriormente, desde una perspectiva psicológica, Lamas (2000) plantea que el Género es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas: 1) La asignación de género que se le adjudica al bebé por la apariencia externa de sus genitales, que en ocasiones es incompatible con la carga cromosómica, y si esta incompatibilidad no se detecta puede generar graves trastornos, 2) La identidad de Género que se establece en la infancia desde la adquisición del lenguaje, antes de que el infante conozca la diferencia anatómica entre los sexos y, 3) El papel del Género, al que le subyacen mecanismos culturales de los que dan cuenta los discursos sociales que se han venido construyendo sobre las mujeres y sus ciclos vitales.

La importancia de incluir la categoría de género en el trabajo de Burin respecto a la crisis de la mediana edad en las mujeres radica en que a pesar de que “La noción de género suele ofrecer dificultades, en particular cuando se lo toma como un concepto totalizador, que invisibiliza

a la variedad de determinaciones con las que nos construimos como sujetos: raza, religión, clase social, nivel educativo, etc. Todos estos son factores que se entrecruzan en la constitución de nuestra subjetividad. Estamos sugiriendo, entonces, que el género jamás aparece en su forma pura, sino entrecruzado con otros aspectos determinantes de la vida de las personas: su historia familiar, sus oportunidades educativas, su nivel socio-económico, etc. Sin embargo, consideramos necesario mantener la categoría de género como instrumento de análisis de algunas problemáticas específicas de mujeres y varones que nos permita ampliar la comprensión tradicional. Así, desde las teorías del género se enfatizan los rasgos con que nuestra cultura patriarcal deja sus marcas en la constitución de la subjetividad femenina o masculina” (Burin, 1996).

2.4 Perspectiva psicoanalítica

Para el desarrollo del presente capítulo se requiere, en principio, mencionar a los estudios de género, los cuales se han constituido como un campo de conocimiento en el que confluyen varias disciplinas, que tiene como objetivo el estudio de las condiciones socio históricas, en base a las cuales se han desarrollado hipótesis respecto a la construcción de las subjetividades sexuadas.

Fue en la década de los 70 que los estudios de género colocaron, acentuadamente, en el escenario académico gran cantidad de estudios e investigaciones que revelan diversos modos de construcción de la subjetividad femenina. Dichas investigaciones tomaron como punto de partida, para su desarrollo, la ubicación desigual de la mujer en la cultura patriarcal; así mismo, incluían el estudio y análisis de las marcas que tales procesos de exclusión han dejado en la constitución de las subjetividades femeninas vulnerables.

Tales señalamientos, que resaltan la condición de marginación de la mujer en la sociedad patriarcal, ocasionaron que a nivel académico se generara gran número de investigaciones. De dicha producción, a pesar de desarrollarse en un ambiente ríspido entre psicoanalistas y feministas, surgió de cruce relacional de varias hipótesis provenientes de la teoría psicoanalítica con diferentes hipótesis provenientes de los estudios de género. Esto es lo que Lamas, Burin, Meler y Tanger señalan como el entrecruzamiento de las hipótesis provenientes de las teorías psicoanalíticas y las provenientes de los estudios de género, que permitió generar nuevas

hipótesis, proveer nuevos datos y con ello la posibilidad de avanzar en este campo de conocimiento (Lamas 2002, Burin 1996 y 1999, Meler y Tanjer 2000).

Dicho entrecruzamiento implica lo que Burin señala como *propuesta de transformación*: “En tanto el psicoanálisis brinda propuestas de transformación intrapsíquica acerca de la subjetividad femenina, los estudios de género se interrogan acerca de cuáles son las condiciones” (Burin y Bleichmar, 1996, p. 62). Son las hipótesis psicoanalíticas las que explican los procesos intrapsíquicos por los cuales el infante humano deviene sujeto psíquico y adquiere su identidad sexuada.

El entrecruzamiento entre psicoanálisis y los Estudios de Género, aunque ha posibilitado una mayor comprensión de la constitución de la subjetividad femenina, en sus comienzos fue arduo y difícil, debido más bien a relaciones de tensión entre ambas corrientes disciplinarias. Esta situación se caracterizó al principio por enfatizar, a veces hasta el enfado, las relaciones críticas y conflictivas entre los estudios de género y las teorías psicoanalíticas.

Dentro del periodo conflictivo entre psicoanalistas y feministas, es importante mencionar los resultados relevantes que se obtuvieron en diferentes momentos. Tanjer (2000) describe cronológicamente, por así decirlo, qué en un periodo inaugural, a pesar de las acusaciones mutuas entre las feministas que acusaban a los psicoanalistas de androcentristas, sexistas y reproductores de la sociedad patriarcal y a las que ellos respondían psicopatologizando las reivindicaciones feministas, algunas feministas rastrearon en el psicoanálisis el origen enraizado de la subordinación y las posibles opciones para la emancipación. En un segundo momento, se investigó a fondo el tema de la constitución de la femineidad tomando como punto central el vínculo temprano que los seres humanos tienen con la madre, reanudando la conceptualización sobre el masoquismo femenino.

Posteriormente, es el trabajo de Mitchel (1982) *Psicoanálisis y Feminismo*, que influye en pensar diferente respecto al psicoanálisis, como una teoría que permite reflexionar y analizar los efectos del malestar generado en la sociedad patriarcal moderna. A lo cual, Fernández (1995) objeta, argumentado que el psicoanálisis contiene planteamientos sobre las formaciones inconscientes, sin embargo, no contiene planteamientos relativos a la articulación con las formaciones histórico-sociales que posibiliten comprender los procesos intrasubjetivos e intersubjetivos.

En Burin (2002) se expone que diferentes investigadoras, entre ellas la autora, lograron fertilizar los dos campos disciplinares, tanto al articular los conocimientos provenientes de cada disciplina, como al revisar viejos y nuevos paradigmas. Se señala que el entrecruzamiento teórico del psicoanálisis y los estudios de género enriquece el conocimiento, a la vez, que de manera compleja se nutre de conocimientos procedentes de la sociología, antropología, de la historia y de la psicología social. Se menciona el cuestionamiento crítico a los métodos de la filosofía neopositivista, destacando que para la reformulación de los paradigmas resultantes del entrecruzamiento de los campos psicoanalíticos y de estudios de género, se debe incluir la noción de complejidad: flexibilidad para utilizar pensamientos complejos, tolerantes de las contradicciones, capaces de mantener la tensión entre aspectos antagónicos de lo que observamos, y de abordar, también con recursos complejos, a veces conflictivos entre sí, los problemas que resultan de ese modo de pensar.

Tal planteamiento de complejidad ofrece una modalidad de intercambio entre los estudios de género y los conocimientos psicoanalíticos al estilo de un diálogo, como una conversación entre disciplinas, con la aspiración del enriquecimiento mutuo y sin la pretensión de arribar a conclusiones cerradas ni definitivas. Así, aceptando la complejidad, poniendo por caso la diferencia sexual, se clasificarán las múltiples dimensiones de las relaciones entre los sexos.

En esta misma línea, enfocando la comprensión de las patologías de género femenino vinculadas con las áreas de poder predominantes en donde las mujeres desarrollan su vida cotidiana, Meler (1996) menciona que el entrecruzamiento entre los nuevos estudios de género y el psicoanálisis, dieron pie a la revisión y actualización de los criterios psicopatológicos actuales basándose en los conceptos de *malestar* y *fragilización*, desarrollados por Burin. Y, por añadidura, deja abierto el reto de articular teóricamente los criterios referentes a la diversidad (clase, etnia, género y edad), con las grandes categorías conceptuales del psicoanálisis: complejo de Edipo, el narcisismo, el complejo de castración y las estructuras psicopatológicas.

Un punto relevante, importante de mencionar por relacionarse con las variaciones que el concepto de subjetividad ha presentado, es que al sujeto psíquico se la ha configurado como sujeto deseante, tal como lo indica Burin (1987, p. 80) “Con las formulaciones psicoanalíticas el concepto de subjetividad varía: será considerado como sujeto psíquico alguien que pueda configurarse como deseante (en particular, desear ser objeto del deseo del otro —la madre, en primer lugar—). Para las mujeres, la teoría formula, en forma privilegiada, desear ser objeto del

deseo de un hombre y desear un hijo". Esta ha sido una aproximación en la que se basan importantes investigaciones y teorizaciones del trabajo clínico y psicoterapéutico respecto a las mujeres y para las mujeres. Tal aproximación se citará y explicará detalladamente en capítulos posteriores.

A modo de conclusión podemos resumir que los Estudios de Género han interpelado al discurso psicoanalítico debido a los sesgos androcéntricos y sexistas detectados en el mismo; de lo cual ha resultado una copiosa producción que articula el psicoanálisis con los estudios de género.

Capítulo 3. La crisis de la mujer en la mediana edad

Los caminos que conducen a la conciencia son varios, pero siguen ciertas leyes. En general, el cambio empieza con la llegada de la segunda mitad de la vida.

C. G. Jung

3.1 La mujer de mediana edad

De acuerdo a (Papalia et al., 2009). “Los adultos *de edad media* pueden notar algún deterioro en la salud y las habilidades físicas, pero desarrollan patrones más maduros de pensamiento con base en la experiencia práctica. Algunas personas en la adultez media se encuentran en la cima de sus profesiones; otras llegan a callejones sin salida. Algunas desempolvan viejos sueños o persiguen nuevas metas. Muchas tienen hijos que han dejado el hogar. Una creciente conciencia de la inevitabilidad de la muerte puede producir cambios de personalidad y la exploración de nuevas oportunidades de crecimiento” (p. 8).

En dicha caracterización de la mediana edad se puede observar el uso de los principios clave de la perspectiva del ciclo vital, citada en el capítulo uno, la cual estudia la totalidad de la vida como un proceso continuo con cambios.

En este sentido, retomando las nociones del enfoque del ciclo vital, Burin (1998) considera que “Los cambios evolutivos y generacionales dependen de factores histórico-culturales, y varían de acuerdo con las épocas y lugares. No todas las dimensiones de la personalidad y las conductas cambian en la misma dirección ni al mismo ritmo, porque el cambio no es unidireccional ni uniforme, y las transformaciones en la vida adulta se deben a las circunstancias que afectaron a cada cohorte generacional. Es fundamental considerar los factores biológicos como la menopausia en las mujeres y el descenso del nivel de testosterona en los hombres, y, por último, la existencia de factores que son determinantes en los cambios y en su evolución, como son las condiciones de la vida familiar, laboral, el lugar de residencia, etcétera” (Citado en De Buen, 2009, p. 58).

Teniendo en mente dicha perspectiva, es posible analizar transformaciones en espacios, actividades e interacciones en distintos ámbitos, las cuales, ya sea en forma directa o indirecta, en mayor o menor grado, inciden en el ciclo de vida de las personas.

El aumento de la esperanza de vida ha revolucionado la explicación del ciclo vital humano. En el caso de las mujeres, al aumento de la esperanza de vida propiciará que vivan un largo tercio de su vida como mujeres postmenopáusicas (Flexias, Luque y Reina, 2009), por tanto se puede entender que en la actualidad las mujeres viven un tercio más que nuestras abuelas, solo que en ellas el tiempo transcurría diferente, ellas pasaban de ser niñas a adolescentes en un tiempo relativamente corto, así como de mujeres maduras a viejas; sin embargo, tenían más claros sus papeles y funciones.

En la actualidad, la edad adulta en la vida de las mujeres implica una gran variedad de modelos de rol no centrados en la edad cronológica, “Ya que en la vida de ellas pueden presentarse numerosas combinaciones en las que la profesión, la pareja y la crianza de las hijas e hijos suponen diversos niveles de temporalización y compromiso que hacen que los papeles de esposa, madre y trabajadora puedan adquirir significados diferentes en momentos determinados del ciclo vital” (Freixas, 2008, p. 52).

Sin embargo, como aclara Izquierdo (2005) en su artículo Psicología del desarrollo de la edad adulta: a lo largo del ciclo vital, cada conjunto de años obliga a distintas tareas y no es extraño que los autores hablen de diversos estadios, periodos o fases. Estas fases no pueden ser prefijadas para cada persona y cada entorno. Por otro lado, tampoco pueden ser de iguales dimensiones, porque los cambios se suceden unas veces de manera regular y otras intempestivamente. La edad, por tanto, no solo es cuestión de cronología, sino que está llena de significados, estructuras, obligaciones, relaciones, etc., que marcan el ritmo de vida de cada uno.

Por lo tanto, tomando de referencia los argumentos de los párrafos anteriores con el objetivo de comprender lo que es la adultez, se hará la descripción de dos periodos, tomando de base la edad cronológica.

El primero, adultez temprana, que abarca de los 30 a los 40, en el que socialmente se generan exigencias, se redefinen de alguna manera los roles de género y la identidad de género; esto se debe a que es un periodo de la vida en el que la mayoría de las personas forman pareja, tienen a su primer hijo y se incorporan al terreno laboral. A consecuencia de tales cambios, los roles se tipifican acentuadamente. Al respecto, López (1998) menciona que en la adultez temprana se tornan evidentes tanto las diferencias como las desigualdades entre los hombres y mujeres, por

ejemplo las mujeres encuentran más oportunidades de trabajo por un sueldo menor, sufren la distribución desigual entre las tareas y responsabilidades domésticas, asumen la mayor parte de las tareas educativas de los hijos pequeños, además de que se les aplica una moral más rígida en relación a su rol maternal, como al ejercicio de su sexualidad (Citado en Burin, 1998).

En el segundo periodo, madurez intermedia, se destacan los grandes logros profesionales y sociales, lo que repercute en que los sujetos se sientan realizados o fracasados, pero los cambios más importantes son: disminución hormonal, cambios en la figura corporal y la conciencia de la temporalidad de la vida y de la muerte como una realidad personal. Además, como lo señala Burin (1998), otros factores que pueden desencadenar las crisis en las mujeres son las pérdidas que enfrentan en esta etapa de sus vidas, para las que requerirían de un proceso de duelo, como serían: duelo por el cuerpo juvenil, duelo por los padres juveniles y duelo por los deseos e ideales juveniles.

- El duelo por el cuerpo juvenil se refiere a que las mujeres en la mediana edad enfrentan el cambio de su imagen corporal. Los cambios corporales naturales están aunados a las representaciones sociales acerca del cuerpo femenino que privilegia la belleza juvenil. Existe una gran carencia de imágenes culturales en las que se presente a las mujeres de la mediana edad como atractivas, valiosas y significativas, más bien las imágenes culturales se identifican con estereotipos negativos.

- El duelo por los padres juveniles es aunado al enfrentamiento del envejecimiento propio, los padres ya no son los mismos de la infancia o de la adolescencia, con los que se padecieron algunos o varios conflictos, a veces difíciles de resolver, pero que probablemente se re-significarán en este nuevo periodo de vida. Para este proceso de duelo el elemento clave es poner en marcha el deseo hostil diferenciador, lo cual posibilitará nuevos sentidos a las relaciones parentales y en particular al vínculo con la madre.

- En cuanto al duelo por los deseos juveniles perdidos se debe admitir los deseos de las mujeres han estado orientados a la construcción de una pareja y una familia –relacionados con lo que la cultura patriarcal ha organizado en relación a las mujeres-. Los deseos generados en la adolescencia y primera juventud que se fueron postergando, pueden ser re-significados, y lo que permite esta nueva significación es la puesta en marcha del deseo hostil a través de la reorganización subjetiva, aunados a este deseo están el deseo de saber y el deseo de poder (Burin, 1987).

3.2 La crisis

En el periodo de la mediana edad en las mujeres, como ya se señaló en capítulos anteriores, ocurre la cesación de la labor reproductiva, la cual puede significarles un vacío representacional debido al valor social e histórico que se le ha concedido a tal labor y, a la vez, porque está cargada de significado en la construcción de la subjetividad femenina. Este vacío representacional lleva al cuestionamiento femenino de ¿quiénes vamos siendo?, y a la vez dificulta la transición de las mujeres hacia la mediana edad. Aunque actualmente existen mujeres de mediana edad que han diseñado su vida de manera independiente, de manera diferente a mujeres de generaciones anteriores, no quiere decir que se ha dado el cambio en todos aspectos de su vida cotidiana, ni en sus relaciones, la mayoría siguen asumiendo que su papel es el cuidado de la pareja, de la casa, de los miembros de la familia, etc.

En varios artículos que Mabel Burin ha publicado, señala como factor importante para estudiar las crisis vitales de las mujeres la incidencia de las mujeres que acuden a consulta psicológica cuando están en crisis y enfatiza que son estos estados los que pueden constituir un potencial de cambio, a través del cual se pueden mejorar las condiciones de salud mental de las mujeres.

Cuando se menciona que a partir de la cesación reproductora aparece un vacío representacional, se hace referencia a que la mujer, en palabras coloquiales, perdió su trabajo, debido a que el rol materno y el rol doméstico son las representaciones sociales que dictan el lugar y el papel de las mujeres en la sociedad, y las que han definido general y significativamente su siquismo. Sin embargo, ellas podrían ocupar otros lugares dentro de la sociedad, y es por todo ello que requieren de un reordenamiento psíquico.

Por otra parte, existen mujeres que realizan doble jornada de trabajo, esto es, que aparte de realizar el trabajo en el ámbito doméstico, también trabajan en el ámbito público, lo cual les significa un doble funcionamiento mental; y, en consecuencia, podrían sentir, al primero como un espacio conocido, y al segundo como ajeno, reproduciéndoles, a la vez, sentimientos de inadecuación e inutilidad.

En referencia al punto anterior podríamos mencionar la definición que Burin (2002) desarrolla respecto a la crisis de la mediana edad: "Se trata de un estado de enjuiciamiento crítico, cuyo objetivo fundamental es la redefinición de la identidad, mediante un reordenamiento

pulsional que permita la ruptura de los vínculos identificatorios anteriores. Cuando nos referimos al reordenamiento pulsional, queremos significar que nos interesa rastrear, en las representaciones mentales, cómo se pueden gestar nuevos deseos para construir la subjetividad femenina; esto es, en el contexto de una cultura patriarcal que no ofrece representaciones jerarquizadas para las mujeres por fuera de la equivalencia mujer=madre, y que, por consiguiente, promueve y privilegia la exclusividad del deseo maternal como deseo constitutivo de la subjetividad femenina” (Citado en De Buen, 2009, p. 62).

Mabel Burin (2001) describe que la crisis de la mitad de la vida implica la ruptura del equilibrio anterior acompañada de la sensación subjetiva de padecimiento, también llamado dolor psíquico. Dicha crisis puede caracterizarse de dos formas: una es, configurada como crisis negativa, plena de sufrimientos, donde el sentimiento prevaleciente sería de pena y dolor; mientras, por otro lado, encierra la posibilidad de que el sujeto en una conducta subjetiva activa se ubique cuestionando ante sus propias contradicciones y conflictos su situación anterior. Para tal ubicación activa es necesario realizar una serie de movimientos intrapsíquicos. En esta doble asunción de la crisis, en su carácter negativo, la mujer es el sujeto padeciente; y en su forma de vivencia, podría decirse reflexiva, la crisis coloca a la mujer como sujeto críticante, esto es por medio de la reorganización psíquica cuyos elementos generadores fundamentales son el juicio crítico y el deseo hostil.

Es este posicionamiento de sujeto criticante, que echa a andar el enjuiciamiento crítico, vinculado al sentimiento de injusticia, es lo que les posibilita, tanto expresar y entender sus contradicciones, como reflexionar sobre sí mismas, lo cual abre la oportunidad de realizar cambios profundos. Este sentimiento de injusticia es el motor de la crisis, así como sucedía en la temprana infancia y posteriormente en la crisis de la adolescencia con los sentimientos de rebeldía u oposición, y que son importantes pues son los puntos de partida para la gestación del pensamiento crítico.

Burin (1996, 2000, 2002) explica que el aparato psíquico de las mujeres en situaciones de cambio se pone en marcha a partir del sentimiento del dolor psíquico, debido a lo cual se generan una diversidad de recuerdos –signados como “buenos” en referencia a una valoración cultural o familiar, independientemente de que puedan ser gratificantes para la mujer-. Por ejemplo: el de la mujer=madre, que por ser glorificada socialmente genera una serie de idealizaciones. Debido a la crisis pueden surgir diversos deseos y sentimientos, entre los afectos más importantes está la hostilidad, que es diferente al deseo hostil.

En varios casos estudiados por Burin, observó que la hostilidad que sentían las mujeres estaba dirigida a sí mismas debido a lo que habían hecho a su persona, realizando intensas críticas hacia su pasado o por haberse sometido pasivamente a la ilusión de ser amada o valorada, donde su enemiga parecería ser aquella que ella fue.

En cuanto el deseo hostil, que puede ser generado por el sentimiento de hostilidad, tiene la cualidad de operar como deseo diferenciador, singulizador y, además, tiene la capacidad de generar nuevas investiduras libidinales, y con ello promover nuevos deseos, por lo cual se ubica dentro de las pulsiones de vida.

Burin explica que actualmente el trabajo psíquico se entrelaza con la redefinición que se está llevando a cabo sobre lo que es ser mujer, por lo que es un momento de ruptura y de reconstrucción para redelinear lo individual y lo psicosocial. Así es cómo las crisis pueden derivar en un cuadro de depresión, pero también posibilitan la reflexión valorativa a través del ejercicio del juicio crítico.

3.3 Depresión femenina

De acuerdo al manual: Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales, “Los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana” (2017, p. 7).

La depresión contribuye de manera significativa a la carga mundial de enfermedad; es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo [Organización Mundial de la Salud (OMS), 2012]. Conforme el *Informe Mundial sobre la Salud* de 2001, la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres. En México, la depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%) (Berenzon et al., 2013).

Mientras que el estudio *Enfocando la depresión como problema de salud pública*, aplicado en cuatro ciudades mexicanas, estimó que “...Una de cada ocho personas (12.8%) padece

trastornos depresivos, y que cerca de la mitad los presentó en el último año (6.1%). Destacando que en la población menopaúsica la sintomatología depresiva se presenta en un 65% y es característica de esta etapa” (Wagner et al., 2012).

En referencia a los datos actuales que marcan la propensión más alta de las mujeres, a diferencia de los hombres, a padecer depresión, podemos mencionar que para Burin (2002) así como la histeria surgió como enfermedad paradigmática femenina de fines de siglo, asociada a las condiciones de represión sexual de esa época, los estados depresivos son los modos paradigmáticos de las mujeres de expresar su malestar en esta época.

Burin y colaboradoras han señalado que la investigación sobre la depresión en las mujeres requiere un planteamiento distinto al enfoque tradicional que caracterizaba a las histerias y depresiones como estructuras clínicas. Ella propone que la investigación debe tomar como punto fundamental el origen social de los conflictos; y es, desde esta perspectiva que puede replantear y abordar el tema de la depresión, alejándose del enfoque tradicional. Esto es en base a reconocer “... El hecho de que los roles de género tales como madres, esposas y amas de casa y, muy particularmente, la maternalización de todos los roles que desempeñan las mujeres, las disponen a estar más atentas a las emociones y sentimientos propios y ajenos, especialmente aquellos ligados al dolor, al sufrimiento, a la frustración, a la angustia, a la insatisfacción” (Burin, 2000, p. 104).

Esta perspectiva se interesa en comprender la construcción de sentidos, que se enlazan al malestar femenino, cimentada en las condiciones de la vida cotidiana de las mujeres; siempre, considerando las diferencias étnicas, culturales, de raza, generacionales. Así, se establece la modalidad de intervención clínica, a la que Burin se refiere como “Un conjunto de modos de comprender el malestar psíquico de las mujeres, concebido en términos de debate, de lucha y de conflictos junto con el diseño de modos de reflexión y de procedimientos psicoterapéuticos acorde con esta comprensión” (2002, p. 89).

Ya en la fase de investigación, Burin hizo una distinción entre roles tradicionales y los no tradicionales. A los roles tradicionales: madre, esposa y ama de casa, caracterizados como generadores de estados depresivos, se les clasificó como “piso pegajoso” del cual es difícil desprenderse, y por tanto se considera factor despresógeno. Luego, señaló como roles no tradicionales a: el sexual extraconyugal y el de extradoméstica remunerada.

En referencia al rol extradoméstico remunerado, se distingue otro factor despresógeno, el denominado "techo de cristal", consistente en una superficie superior invisible en la carrera

laboral de las mujeres, difícil de traspasar, una barrera que les impide seguir avanzando (Burin, 1998). Su carácter de invisibilidad está dado por el hecho que no existen leyes ni dispositivos sociales establecidos que impongan a las mujeres semejante limitación, sino que está construido sobre la base de otros rasgos difíciles de detectar. Desde la perspectiva de género éste fenómeno es construido por la cultura patriarcal como un obstáculo para las mujeres.

En una investigación realizada en Buenos Aires, con un grupo de mujeres profesionistas de entre 48 y 55 años de edad, se las dividió en tres caracterizaciones: tradicionales, innovadoras y transicionales, de ahí se observó una doble inscripción al fenómeno “techo de cristal”: una en relación a la realidad cultural opresiva, y la otra, relacionada a una realidad subjetiva decepcionante; y los rasgos referidos fueron:

- Las responsabilidades domésticas. Dichas responsabilidades son atribuidas con exclusividad a las mujeres; y en relación a ello, los horarios de las jornadas de trabajo de puestos más altos en la mayoría de los espacios laborales están diseñados por lo general dentro de un universo de trabajo masculino, lo cual hace que dichos cargos no estén disponibles para las mujeres. Sin embargo, las mujeres que desempeñan cargos de alta responsabilidad a la par de los otros roles, realizan tal cantidad de esfuerzo que llegan a padecer estrés laboral. En tal alteración también influye el entrenamiento predominante, de las mujeres de este grupo etario en el ámbito doméstico, en los vínculos humanos con predominio de la afectividad, con relaciones de intimidad y con el acento puesto en las emociones cálidas, tales como ternura y cariño, lo cual estaría en contraposición con el mundo del trabajo, en el que las relaciones vinculares generalmente son frías, racionales y distantes.

- El nivel de exigencia. A este grupo generacional se les exige el doble rendimiento, en comparación de sus pares varones, para demostrar su valía. A este fenómeno, Burin lo considera un ejercicio de discriminación laboral.

- Los estereotipos sociales. Relacionados al techo de cristal, se han articulado a partir de aseveraciones tales como: las mujeres temen ocupar posiciones de poder, a las mujeres no les interesa ocupar puestos de responsabilidad, las mujeres no pueden afrontar situaciones difíciles que requieren actitudes de autoridad y de poder (Burin, 1998). “Estos estereotipos sociales llegan a incidir de tal manera en la vida laboral de las mujeres que los interiorizan sin ni siquiera cuestionarlos, más bien consideran que son efecto de sus propias elecciones” (Burin, 1998, p. 229).

- La percepción que tienen las mujeres de sí mismas. El limitado repertorio de modelos femeninos ocupando puestos laborales de alta jerarquía con los que puedan identificarse lleva a las mujeres que transitan actualmente la mediana edad, a sentir inseguridad y temor por su eficacia cuando acceden a lugares de trabajo tradicionalmente ocupados por varones. Así mismo, el acoso sexual por parte de los varones y el escrutinio de sus vidas privadas son fenómenos relacionados con sus carreras laborales. “Cuando cometen errores, no se le atribuyen a la parte correspondiente a su entrenamiento, a su experiencia previa o a su formación profesional, sino al hecho de ser mujeres; su pertenencia al género femenino operaría como categoría que explicaría su incapacidad” (Burin, 1998, p. 230).
- El principio del logro. Este es un fenómeno vinculado a la división sexual del trabajo, de carácter discriminatorio. Habitualmente ocurre en lugares de trabajo con predominio masculino, en donde la competencia entre hombres y mujeres suele darse en forma velada, y a las mujeres se les remite de manera sistemática hacia ocupaciones menos atractivas, poco creativas y por lo general a las peor remuneradas; y aunque son profesionistas cualificadas, dedicadas y talentosas, y que existe una legislación que las apoya, todo esto no les garantiza la obtención del éxito laboral que merecen.
- Los ideales juveniles. Debido a que el mercado laboral se rige por el mandato de “asegúrense de ganar dinero y rápido”, lo cual se considera contrario a los valores juveniles de las mujeres, como lo serían: apreciar al otro, confiar, respeto mutuo, vínculos afectivos, etc. Son valores relacionados con la construcción de la subjetividad femenina.

3.4 Los síndromes

Como hemos visto en capítulos anteriores, el modelo ideal de la feminidad, que supone a la buena mujer como buena esposa, buena madre y buena ama de casa, ha venido cambiando importantemente desde mediados del siglo XX. Sin embargo, para las mujeres, el contar con el llamado poder de los afectos debido al ejercicio del rol de mujer tradicional, sumado al ejercicio del rol de trabajadora extra doméstica, “Le dará un sentimiento de bienestar derivado de la superioridad moral que supone, aunque la pueda llevar al agotamiento y a la depresión, cuando la

mujer no se siente reconocida o apreciada por ello o cuando las responsabilidades de las que se hace cargo la superan” (Chinchilla, 2008, p. 245).

Así mismo se mencionó anteriormente el trabajo de investigación realizado por Burin con un grupo de mujeres, en el cual también encontró que las mujeres presentaban una serie de reiteraciones, insistencias o reproducción de ciertos síntomas, a los cuales se les categorizó como síndromes.

Cabe señalar que no existe una definición única que refleje adecuadamente todas las variantes del uso del término *síndrome*; sin embargo, Beloch, et al., (1995), en el Manual de Psicopatología lo definen como “Conjunto de signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico o dicho en otros términos, es un agrupamiento o patrón recurrente de signos y síntomas” (p. 88). En otro lugar (p. 156), los mismos autores definen “Síndrome como una agrupación de síntomas presentes en un determinado momento”.

Burin (2000) distinguió y agrupó tres tipos síndromes vinculados a las depresiones femeninas y los explica de la siguiente manera:

- Síndrome de desamparo: el más frecuente, caracterizado por sentimientos de orfandad, falta de ayuda y carencia de cuidados. Se ha relacionado con la pérdida temprana de la madre, pérdida de los orígenes, de los ideales femeninos o la ausencia de una madre eficaz en situaciones de crisis vital. Se produce un proceso de identificación con lo perdido, asumiendo la mujer la posición materna maternizando la relación con otros.
- Síndrome de impotencia: aparecen sentimientos de incapacidad, falta de fuerzas, inferioridad y percepción desvalorizada de una misma. Se centra en las sensaciones de vacío y se vincula con el fracaso en la regulación afectiva de la familia. La mujer siente que debe contener y controlar sus propios conflictos emocionales, tanto los de ella con los demás, como los de los otros entre sí (marido, hijos, padres). Cuando se fracasa en este espacio de poder aparece el síndrome de impotencia. Es especialmente intenso cuando se trata de fracaso psíquico o social de alguno de sus hijos.
- Síndrome de privación sensorial: aparece típicamente en las amas de casa como una actitud de aislamiento, pensamiento referido a una rumiación de los propios problemas y desinterés marcado por lo que ocurre fuera de su casa. La rutina y falta de estímulos agravan el cuadro. Este síndrome promueve la falta de lenguaje, de palabras de otro orden simbólico y el discurso lentificado con palabras que carecen de sentido.

3.5 Gestación de los deseos

Considerando a la crisis de la mediana edad en las mujeres caracterizada por el sentimiento de dolor, dolor psíquico, que lleva a orientar la mirada hacia el pasado en tanto perdida, la crisis se define como negativa, con predominio de los estados depresivos. Esta predominancia de la orientación hacia el pasado, junto con la glorificación del poder maternal, han sido algunas de las condiciones de existencia que garantizaban a las mujeres como sujetos en nuestra cultura, imprimiéndoles un modo particular de constitución de su subjetividad.

En otros casos, el dolor toma un camino diferente: implica el surgimiento del sentimiento de injusticia, especialmente a partir de la frustración que significa, para estas mujeres, no haber podido desplegar otras alternativas en su vida más allá de esos roles de género femenino tradicionales asignados en nuestra cultura a las mujeres. La frustración sentida por estas mujeres que se han limitado a sus roles tradicionales de madre – esposa- ama de casa, al llegar a la mediana edad genera sentimientos de hostilidad.

La hostilidad como afecto suele buscar su descarga bajo la forma de agresividad hacia otros, o bien, la vuelta de la agresividad contra sí mismas. En cambio, cuando la hostilidad puede devenir en deseo hostil, cuando deja de ser un afecto para pasar a ser un deseo, este provocara transformaciones en la subjetividad de las mujeres de mediana edad, ya que el deseo hostil es un deseo diferenciador, singularizador.

El surgimiento del deseo hostil diferenciador, que les permite diferenciarse de la experiencia de sus madres de generaciones anteriores, constituye una herramienta de transformación privilegiada pues estimula la ruptura de identificaciones anteriores para dar lugar a nuevos enlaces. De ese modo pueden advenir nuevos deseos, como el deseo de saber y el deseo amoroso.

Burin (2002) retoma la teoría pulsional freudiana, en la que se plantea el desarrollo de deseos a partir de pulsiones que invisten representaciones, o sea, que producen cargas libidinales tendientes a efectuar transformaciones sobre aquello que se desea, a fin de comprender la generación de los deseos múltiples.

Respecto al deseo hostil diferenciador, señala que éste es uno de los motores de cambio que permitirá a las mujeres desatar los vínculos libidinales con los objetos a fin de crear otros nuevos y diferentes. A partir de la configuración de este deseo, la mujer se transforma de sujeto

padeciente a sujeto criticante, lo cual puede ser la vía para enfocar y tramitar la crisis de la mujer en la mediana edad.

Tocante al deseo de saber en las mujeres, para que la pulsión epistemofílica –fuente del deseo del saber- evolucione en deseo de saber, se requiere de la constitución de una representación, que a la vez precisa una vivencia sumada a una impresión sensorial –ver o asir-, la articulación de estos con la madre, ya que la madre es la persona que habitualmente satisface las necesidades del niño. Otro componente necesario que interviene para que la pulsión epistemofílica evolucione en deseo del saber es la producción de ideales femeninos, lo cual entraña un problema, ya que los ideales femeninos han quedado al margen de los modos de producción del saber. Por lo cual Burin señala que no siempre es posible que la pulsión epistemofílica llegue a constituirse en un deseo de saber en las mujeres; y en este sentido, también se debe considerar que, de acuerdo a Freud (Obras completas, 1981), en las niñas el destino privilegiado de la pulsión epistemofílica no es transformarse en deseo de saber, sino transformarse en el deseo de tener un hijo.

No obstante, de acuerdo a Burin (2002), un deseo de saber fundamental de las mujeres es el deseo de saberse existente como mujeres, el cual no es un saber de tipo intelectual, sino más bien inconsciente, y para que este saber se despliegue, la autora propone generar un espacio transicional, que puede darse en un espacio terapéutico, grupal o individual, y/o grupos de reflexión. “Constituido el saber podrá extenderse al campo cultural, mediante el desarrollo de la creatividad, lo que significa crear un objeto-sujeto diferente, favorecedor de la salud mental”. (Winnicott, 1971, citado en Burin 2002, p. 165).

Así, el deseo de saber relacionado con el saber de las mujeres configura una trama singular que ha sido reivindicada por los movimientos feministas como un saber de mujeres.

En cuanto al deseo amoroso se refiere, por principio, Burin (1995) argumenta que el deseo amoroso, a diferencia del deseo hostil, propicia experiencias placenteras y de máxima satisfacción libidinal en el vínculo identificatorio madre-hijo; dicha situación suele sufrir un profundo cambio en la crisis de la mediana edad. Algunas mujeres a través del juicio crítico llegan a considerar a sus vínculos amorosos como experiencias de lacerante dependencia, lo cual repercutirá en la cancelación de un nuevo establecimiento de vínculos de este tipo. Mientras, para otras mujeres esta será la oportunidad de crear vínculos de amor, como una vivencia liberadora de viejas ataduras a sus objetos de identificación temprana.

Tanto en las sesiones psicoterapéuticas, como en los grupos de reflexión o en conversaciones significativas de mujeres, se propicia el desarrollo de un intenso juicio crítico en relación a la necesidad de crear una pareja, en donde el cuestionamiento frecuente se refiere a su deseo de un hombre que las salve, así, el juicio crítico se enfoca a la vinculación del deseo amoroso con el deseo hacia las áreas de poder, hacia un hombre con poder económico, intelectual, de decisión y acción, en conocimientos, etc.

Otro de sus planteamientos enfoca las dificultades de mantener vínculos de amor dentro de la pareja debido a que sus nuevos deseos entran en contradicción con los deseos amorosos.

En cuanto a la sexualidad, las mujeres revisan, analizan y cuestionan los deseos amorosos, los deseos amorosos heterosexuales, y las experiencias auto-eróticas.

3.6 Cambios corporales

En el capítulo uno se hizo referencia al climaterio, el cual, por lo general ocurre en la vida adulta de la mujer, está caracterizado por la aparición de signos y síntomas asociados a una disminución en la producción de estrógenos. Es un período de involución acompañado de una serie de manifestaciones físicas y emocionales relacionadas con cambios biológicos y sociales.

Dicha disminución de estrógenos es la causa de las variaciones fisiológicas que van operando en el organismo de las mujeres; y el cese de la secreción hormonal ovárica que ocurre en la menopausia es todavía más determinante para la aparición de cambios que ocurren en el cuerpo de las mujeres. Al respecto, Pallaruelo (2012) menciona en su trabajo de maestría, que “Algunas mujeres encuentran que sus cuerpos cambian en el momento de la menopausia. Con la edad, la cintura aumenta, se pierde masa muscular, el tejido adiposo puede aumentar y la piel puede volverse más fina. Otras mujeres pueden experimentar problemas o rigidez de articulaciones y muscular o dolor” (p. 9).

En ese mismo sentido, como refiere Monroy (2002), los cambios en la imagen corporal a cualquier edad siempre afectan positiva o negativamente a las mujeres, por lo cual las mujeres deben saber de ellos y comprenderlos con anticipación, aceptarlos y adaptarse a ellos, pues van en relación directa con su autoconcepto, autoimagen, autoestima y seguridad personal. Eso les evitará sentirse enfermas, devaluadas, sin vida sexual satisfactoria, inútiles y con temor de volverse

innecesarias, asexuadas, envejecidas, que son los factores psicológicos que realmente afectan a las mujeres (y también a los hombres) durante el climaterio. Si no logran aceptarlos y adaptarse a ellos, tendrán consecuencias que afectarán diversas esferas de su personalidad y, por tanto, sus actitudes y su conducta.

Esta visión respecto al climaterio incluye la comprensión de las consecuencias que los cambios hormonales acarrearán al aparato psíquico de las mujeres. Así, como lo explica De Buen (2009), estos cambios se han visto transformados gracias a investigaciones biomédicas y a reflexiones teóricas realizadas desde diferentes disciplinas: sociales, la psicología y el psicoanálisis sobre el cuerpo femenino. Martha Lamas (2002) ha estudiado el vínculo entre cuerpo y biología, cultura, política e inconsciente. Es debido al trabajo de ella junto con el de Burin que se ha podido articular el tema del cuerpo biológico con la construcción social del mismo.

De acuerdo a lo anterior, situándonos en el pensamiento feminista, a partir de la década de los setenta del siglo pasado, del feminismo de la diferencia que posibilitó la interpretación de la diferencia entre los cuerpos de los hombres y las mujeres para desde ahí plantear la conceptualización de la construcción social de los cuerpos, a partir de la categoría género.

Desde esta perspectiva se aborda el tema del cuerpo de las mujeres como una construcción social, analizando y dando cuenta de aspectos culturales que determinan la diferencia sexual, y de cómo se establecen las normas y expectativas sociales en relación a los papeles, las conductas y los atributos de las personas a partir de sus cuerpos.

Considerando esta noción, Marta Lamas señala que se debe “Aceptar que los comportamientos sociales masculinos y femeninos no dependen de forma esencial de los hechos biológicos, y reconocer el peso específico que tiene la compleja estructura de la especie humana: el cuerpo, en su condición de carne, mente e inconsciente” (Lamas, 2007, p. 104).

Los cambios corporales que operan en las mujeres de mediana edad, sobre todo en el periodo perimenopausico, en los años que anteceden a la vejez, requieren comprenderse desde una mirada multifactorial, esto en función de que las mujeres cuenten con un panorama más amplio que les posibilite aceptarlos con una visión menos catastrófica y transitar por ellos con una actitud diferente, lo cual es importante debido a que en algunas sociedades, como la nuestra en que se resalta y valora la juventud se dificulta aceptar la vejez.

Por tanto, se considera que los cambios corporales de las mujeres en la mediana edad constituyen un factor importante para la generación de sus crisis.

Capítulo 4. Propuesta de taller: Crisis de la mediana edad en las mujeres

4.1 Justificación

La propuesta de un taller sobre la crisis de la mediana edad en las mujeres surge como estrategia de sensibilización de los malestares psicológicos que pueden presentar o experimentar las mujeres que están cursando el periodo del climaterio y que son provocados no solo por factores biológicos, sino por factores sociales y culturales.

Es indudable que la ocurrencia de eventos fisiológicos como la disminución de la producción ovárica y la menopausia en la etapa de la madurez en las mujeres, pueden ocasionarles diferentes síntomas tales como bochornos, mareos, zumbidos en los oídos, aumento de peso, cambios corporales... los cuales pueden repercutir o aunarse a otros síntomas, desequilibrios emocionales y malestares psicológicos que derivan de factores sociales y culturales; de entre los cuales podemos mencionar a: la asignación del espacio doméstico a las mujeres como lugar privilegiado para su realización personal, la designación de los roles que debe desempeñar - ama de casa-madre y esposa- incluyendo que el buen desempeño de éstos la identifica con su valoración como buena mujer. Por otra parte, en el transcurso de esta etapa vital de las mujeres suelen coincidir modificaciones en el ambiente familiar y social que la confrontan a cambios en la posición social y con la asunción de nuevos roles. Todos estos cambios conllevan lo que Burin (2002) señala como rompimiento del equilibrio anterior, lo cual puede desencadenar una crisis.

De acuerdo a Burin (1987) la etapa de la crisis de la mediana edad abarca un largo periodo de tiempo, la ubica entre los 35 y 55 años de edad. Durante el primer periodo, madurez temprana, los cambios que se presentan en la mayoría de las personas se refieren a que forman pareja, tienen a su primer hijo y se incorporan al terreno laboral; y en consecuencia, de las diferencias y desigualdades socialmente establecidas para hombres y mujeres, las mujeres sufren la distribución desigual entre las tareas y responsabilidades domésticas, ellas asumen la mayor parte de las tareas educativas de los hijos pequeños, además de que se les aplica una moral más rígida en relación a su rol maternal, como al ejercicio de su sexualidad.

Sin embargo, es en el segundo periodo, de la madurez intermedia, en el que ocurren cambios muy importantes, ya que marcan de manera sustancial la vida de los sujetos, y en este caso, la vida de las mujeres. Estos cambios consisten en: el tránsito de la capacidad reproductiva a la carencia de esta, cambios en la figura corporal y la conciencia de la temporalidad de la vida y de la muerte como una realidad personal. En este periodo, también, suelen ocurrir modificaciones en el ámbito familiar: los hijos se van, los padres enferman, (disminuye su autonomía o mueren). La pareja, si la hay, atraviesa por una etapa de cambio, reclamando mayor atención; además, las mujeres que trabajan fuera de casa realizan lo que se denomina como jornadas dobles de trabajo.

Todos estos cambios que operan en la vida personal y relacional de la mujer en este periodo vital traen consigo desequilibrios y malestares para un número cada vez mayor de mujeres, esto se debe a que “La esperanza de vida para la mujer en nuestro país se establece en 79 años, y se contempla que para el año 2035, una de cada tres mujeres mexicanas estará en la etapa del climaterio o en la posmenopausia” (Caballero, 2011, p. 7), quienes frecuentemente asocian sus malestares con problemas en su funcionamiento hormonal, ya sea que acudan a consultar con su médico familiar, o al ginecólogo, o a su centro de salud, generalmente reciben tratamientos médicos, como puede ser terapia de remplazo hormonal y/o se les recetan ansiolíticos o tranquilizantes, restando importancia a los factores socioculturales que los originan.

4.2 Objetivo general

Sensibilizar mediante un taller, no terapéutico, a mujeres entre los 45 y 55 años de edad, en relación al tema de la crisis de la mediana edad.

4.3 Objetivos específicos

1.-Esclarecimiento de conceptos: mediana edad, crisis, malestares, síntomas, climaterio y menopausia.

2.- Distinguir los roles sociales asignados a la mujer y el conjunto de funciones-en ocasiones simultáneas-que la mujer realiza en su desempeño: ama de casa, esposa, madre, y trabajadora extradoméstica; y los malestares que su desempeño provocan en ellas.

3.-Identificación de los cambios: corporales (incluyendo menopausia); y los familiares y sociales que operan en la vida de las mujeres en la segunda etapa de la madurez.

4.-Sensibilización de los desajustes psicológicos que pueden presentar derivados de los cambios mencionados anteriormente, y las pérdidas que estos significan.

5.-Identificación de sus fortalezas y capacidades en función de que las reconozcan como herramientas que faciliten su transcurrir por esta etapa de sus vidas.

6.-Resignificación de la mediana edad como un tiempo en el que es posible retomar proyectos personales estancados o elaborar nuevos.

4.4 Población objetivo

Mujeres en la etapa de la madurez, entre 45 y 55 (o más) años de edad, interesadas en el tema de la Crisis de la mediana edad en las mujeres.

4.5 Número de participantes

El número pertinente de participantes será de 6 a 8, esto con el fin de prestarles una mejor atención por parte del facilitador.

4.6 Duración del taller

El taller tendrá una duración de seis semanas, realizando una sesión semanal de 90 minutos de duración, en el horario que el recinto tenga disponibilidad.

4.7 Escenario

Un salón amplio, con ventilación e iluminación adecuadas para la realización de las actividades y dinámicas planeadas; que cuente con: el número de sillas suficientes, un pizarrón, y enchufes con corriente eléctrica para conectar tanto la computadora, como el proyector.

4.8 Descripción del taller

- Se empleará un esquema específico para cada sesión, con la siguiente estructura aproximada en porcentajes del tiempo total:
30% de aportación de información proporcionada por los instructores, 30% de retroalimentación entre los participantes y 40% de dinámicas grupales que propiciarán la socialización del conocimiento.
- Al inicio del taller se solicitará a las asistentes responder un breve formulario respecto a sus expectativas; y al finalizar, responder otro cuestionario respecto a sus logros y conformidad.

Los procedimientos a emplear se circunscriben dentro del siguiente esquema:

- Se utilizarán videos de corta duración como herramienta que ayude a brindar información del tema a tratar durante cada una de las sesiones.
- Se empleará la proyección de diapositivas con información concreta y el mínimo de datos en pantalla, a manera de conseguir desviar la atención de términos poco comunes dentro del tema de cada sesión y logrando encauzar la atención de los participantes en su propia participación dentro del grupo.
- Se emplearán técnicas específicas para cada sesión del taller (desglosadas posteriormente en este documento) relacionadas a la socialización del conocimiento, propiciando la

participación de los asistentes en la mayor parte de cada sesión, con el fin de mantener el dinamismo y, así, la atención y colaboración de cada asistente.

4.9 Cartas descriptivas de las sesiones

Tabla 1: Sesión 1. Introducción al tema de la crisis de la mediana edad.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Presentación general	Promover la participación	<Me llamo...y me gusta...>	Con el grupo en círculo, la primera persona se presenta diciendo: «Me llamo ... y me gusta ...». Deberá indicar una acción que le guste hacer (saltar, reír, dormir,...) a la vez que se simula con gestos. Después el compañero de la derecha, repetirá el nombre y la acción de la primera persona «ella se llama ... y le gusta ...». Después se presentará del mismo modo. Se continuará repitiendo los nombres desde la primera persona		10 minutos
Establecer reglas	Mediante participación grupal se establecerán las reglas	Lluvia de ideas	Cada participante mencionara y aportará una regla para el taller con la que todos estén de acuerdo	Pizarrón, plumones, hojas, plumas y lápices	15
Aplicación de cuestionario	Conocer las expectativas que tienen las asistentes	Responder cuestionario dinámico	Repartir el cuestionario	Cuestionario en papel, plumas, y lápices	15
Esclarecimiento de los conceptos: mediana edad, crisis, malestares, síntomas, climaterio y menopausia.	Conocer las características de esta etapa de la vida	Lluvia de ideas y presentación en power point	Mediante la participación de las asistentes dar ideas acerca del tema, esclarecimiento del mismo.	Laptop, pizarrón, plumones, plumas y lápices	25
¿Porqué se le califica crítica a esta etapa de la vida?	Reconocer algunos rasgos que hacen crítica esta etapa	Presentación en power point	Exponer qué es lo que entra en crisis en las mujeres de la mediana edad, y retroalimentación por parte de las asistentes		25

Tabla 2: Sesión 2. Los roles sociales femeninos y su desempeño.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	MATERIAL	TIEMPO
Bienvenida	Hacer un recordatorio de lo visto en la sesión anterior	Construir en grupo una definición de la crisis de la mediana edad en las mujeres	Se reparten 20 tarjetas con diferentes palabras a las asistentes y en grupo formaran la descripción	20 tarjetas impresas con palabras diferentes	10

Rol de género	Esclarecer el concepto Rol de género	Discusión en parejas sobre cuáles creen que son los roles "propios de la mujer"	Se divide el grupo en pares para discutir el tema. Se enlistan las aportaciones de las asistentes y con la intervención del facilitador se esclarece el concepto	Pizarrón y plumones	10
¿Cuáles son los roles sociales asignados a las mujeres?	Conocer los diferentes roles: ama de casa-esposa-madre y trabajadora extradoméstica; y las tareas o actividades que desempeña la mujer en cada uno de éstos	Proyección de imágenes y presentación en ppt	Se muestran imágenes de mujeres realizando diferentes actividades que las asistentes relacionarán con los diferentes roles y se complementa el conocimiento con definiciones sencillas respecto al tema	Laptop o proyector, pantalla pizarrón, plumones, hojas, plumas y lápices	20
Los roles de género como factores de riesgo para la salud mental de las mujeres	Identificar sentimientos y cambios de estados de ánimo que presentan las mujeres en el desempeño cotidiano de las funciones que los roles femeninos suponen.	Lluvia de ideas	Mediante la participación de las asistentes dar ideas acerca del tema y se complementa el conocimiento con textos de apoyo	Lap top, pantalla, pizarrón, plumones, lápices, y hojas	20
Las funciones que realiza la mujer de acuerdo a sus roles constituyen situaciones de opresión o malestar psicológico que pueden devenir en cuadros de depresión.	Conocer que la realización múltiple de funciones que despliega la mujer a diario aunadas con problemas económicos, familiares y/o de pareja, pueden provocarles estados de estrés y angustia que inclusive pueden derivar en depresión	Dinámica de la suma de funciones de los roles femeninos	Las participantes se colocan en fila en medio del salón viendo hacia un frente, se entrega una tarjeta a cada participante, se les van mencionando condiciones relacionadas con las características de sus personajes. A condiciones desfavorables avanzan un paso atrás, a condiciones favorables avanzan hacia adelante. Se observará mayor desventaja al ir sumando características negativas	Tarjetas de personajes con características de: sus vidas personales y familiares, y de las actividades que realiza de acuerdo a los diferentes roles que desempeña. Por ejemplo: mujer de 52 años, ama de casa, esposa de un hombre alcohólico, madre de una hija soltera con dos hijos, a los que la mujer cuida y cría pues su hija divorciada trabaja por la noche.	20
Cierre de sesión		Discusión y aterrizaje acerca de lo visto en la sesión			10

Tabla 3: Sesión 3. La crisis como potencial de cambio.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	MATERIAL	TIEMPO
Bienvenida	Repaso de la sesión anterior	Obstáculos Vs caminante	Las participantes forman dos filas viéndose de frente dejando dos metros de distancia entre ellas, cada caminante caminara en la dirección que quiera y su obstáculo impedirá su paso. Las caminantes buscarán formas de avanzar, evadiendo o quitando los obstáculos.	Participantes	10
La crisis como potencial de cambio	Conocer que la crisis de la mediana edad puede caracterizarse como negativa o positiva dependiendo de la personalidad del sujeto	Dramatización "El avión" y discusión en grupo	Las participantes simularán que van en un avión que atraviesa una tormenta y sufre una avería, por lo cual va a dar vueltas hasta que se acabe el combustible y puedan aterrizar. En grupo actuarán lo que sienten y lo que piensan. Se enlistarán las actitudes consideradas negativas y las positivas	Participantes, pizarrón, y plumones	20
Posicionarse como sujeto activo crítico o como sujeto padeciente ante los cambios que operan en la mediana edad	Conocer los posicionamientos ante la crisis de la mediana edad: como sujeto padeciente o como sujeto criticante	Lluvia de ideas	Se enlistarán en dos columnas las aportaciones de las participantes y se complementará el conocimiento con imágenes textuales de los conceptos	Lap top o proyector y pantalla, pizarrón y plumones	15
¿Cuáles son los cambios que ocurren en el cuerpo y en la esfera social de las mujeres en la etapa de la mediana edad?	Identificar los cambios significativos que ocurren en el cuerpo de la mujer y en el ámbito familiar y laboral de las mujeres que cursan la mediana edad	Contraste de puntos de vista	Se discuten los temas en parejas y se contrastan los puntos de vista de cada par, se concluye enlistando los cambios considerados más importantes	Pizarrón, y plumones	15
Los cambios significan el rompimiento de	Conocer que las modificaciones en el cuerpo y su	Lluvia de ideas	Las participantes aportan ideas o comparten	Hojas con situaciones a	15

un equilibrio anterior	funcionamiento, en la estructura familiar, en las condiciones laborales y en las relaciones sociales, en esta etapa de la vida, conllevan la ruptura de un equilibrio anterior		situaciones personales que consideren que desestabilizaron su vida personal o relacional	dramatizar para las asistentes	
Cierre		Se deja de tarea que piensen en lo que significa la menopausia y se hace el repaso de lo visto			10

Tabla 4: Sesión 4. Pérdidas en la etapa de la crisis de la mediana edad en las mujeres.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES	TIEMPO
Repaso de la sesión anterior e introducción a al tema de pérdidas	Identificar qué las pérdidas no son modificaciones, sino es ausencia o privación de lo que se poseía	Presentación de imágenes	Las participantes aportarán su opinión sobre imágenes relacionadas al tema	Lap top y pantalla	10
Pérdidas que conlleva la etapa de la crisis de la mediana edad en las mujeres	Conocer cuáles son las pérdidas que conlleva ésta etapa del ciclo vital	Lluvia de ideas e información de texto en power point	El grupo se dividirá en tres para discutir tipos de pérdidas: pérdidas en las funciones orgánicas de la mujer, pérdidas en la vida familiar y pérdidas en la vida personal de la mujer. Se concluirá en cuáles son las más importantes	Pizarrón, plumones, lap top y pantalla	20
¿En qué periodo de la mediana edad suceden las pérdidas más significativas?	Conocer que en el segundo periodo de la madurez es cuando sucede: la menopausia, los padres suelen perder su independencia o mueren y generalmente los hijos se independizan	Comparar puntos de vista	A partir de la lista de pérdidas más significativas, las participantes por individual opinarán en cuál periodo de la mediana edad consideran que ocurren estas pérdidas y se obtendrá la información en consenso con la intervención del facilitador	Pizarrón, plumones	20
Si ya no tengo a quien cuidar y ya me voy a jubilar	Identificar el vacío representacional que queda cuando ya no tienen que cumplir todas las	Abrir debate sobre la idea: "yo ya viví"	En parejas discutir qué les significa la frase yo ya viví, después expondrá cada par su idea al	Hojas, plumas, lápices, pizarrón, y plumones	15

¿Qué me queda en adelante?	funciones de algunos roles, para estas mujeres lo mejor de la vida ya ha transcurrido		grupo, con la intervención del facilitador se comprenderá por qué algunas mujeres sienten ese vacío		
Nuevas posibilidades de identificación	Posibilidad de nuevas identificaciones	Dinámica con globos "Dejar ir"	Se entrega un globo a cada participante, se les sugiere que pongan simbólicamente sus pérdidas de esta etapa y lo dejen ir, cuando suelten el globo se les dirá que ellas siguen aquí, lo que sea que hayan perdido, ellas siguen aquí y pueden elegir lo que quieran hacer, cómo ser, dónde ir o estar, etc.	Globos con helio	10
Cierre			Se intercambiarán impresiones de lo visto. Tarea: Pensar en cuáles serán las ganancias de esta etapa de vida		10

Tabla 5: Sesión 5. Ganancias en la etapa de la crisis de la mediana edad en las mujeres.

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES	TIEMPO
Repaso de la sesión anterior	Introducción a al tema de ganancias	Revisar la tarea obteniendo los conceptos de cada participante	Anotar las ideas y obtener conclusión del tema	Pizarrón y plumones	10
Fortalezas y debilidades	Reconocer las fortalezas y debilidades como parte del autoconocimiento	Dibujo de árbol con fortalezas y debilidades	Cada participante dibujará un árbol con raíces y ramas, las raíces serán sus fortalezas y en las ramas pondrán sus debilidades y capacidades	Hojas blancas, lápices, plumas, pizarrón y plumones	25
¿Cuáles pueden ser las ganancias en éste periodo?	Descubrir en grupo cuáles son dichas ganancias	Lluvia de ideas	Se enlistarán las aportaciones de las participantes y se destacarán las más recurrentes	Pizarrón y plumones	15
Recuperación de deseos juveniles	Conocer cuáles actividades se quedaron inconclusas y	Actividad en papel	Las participantes escribirán en una hoja las actividades que desean retomar o	Hojas blancas, lápices y plumas, pizarrón y plumones	15

	deseen retomar las participantes		emprender actualmente y se compartirán en grupo		
¿Qué posibilidades tengo de realizar lo que deseo?	Conocer las posibilidades que las participantes tienen para lograr lo que se propongan	Presentación del video: el jabón	Se abrirá debate acerca del video	Lap top, pantalla, pizarrón y plumones	15
Cierre de sesión	Aclarar dudas	Se recogerán hojas con comentarios de las participantes	Se invitará a las participantes a escribir lo que aprendieron en ésta sesión	Hojas blancas, lápices y plumas	10

Tabla 6: Sesión 6. ¿Qué es la crisis de la mediana edad en las mujeres?

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIALES	TIEMPO
Bienvenida	Repaso de la sesión anterior	Contar mi plan	Se les repartirán revistas para recortar imágenes con las que armarán una pequeña historia de un plan o proyecto que deseen realizar	Revistas, tijeras, pegamento y hojas blancas	25
¿Cambió su manera de pensar respecto a la crisis de la mediana edad?	Conocer si cambió favorablemente su perspectiva acerca de la crisis de la mediana edad	Discusión en parejas	En parejas intercambiarán impresiones acerca del tema y en plenaria darán a conocer las mismas		15
¿Qué es la crisis de la mediana edad en las mujeres y cómo se puede enfrentar?	Repaso de los temas vistos	Discusión en plenaria	En plenaria se hace un breve resumen de los temas tratados en el taller	Pizarrón y plumones	15
La alegría de vivir	Diversión y pequeña reflexión	Presentación de un cuento	Concluir en grupo la moraleja	Lap Top y pantalla	15
Evaluación del taller	Las participantes evaluarán la participación de los conductores del taller, las actividades, los materiales y la información recibida	Cuestionario de evaluación del taller	Las participantes contestarán un breve cuestionario relativo al desempeño de los conductores y la información recibida	Cuestionario de evaluación	10
Cierre	Agradecimiento por parte del facilitador		Comentarios finales por parte de las participantes		10

Conclusiones

Tras haber realizado una revisión exhaustiva de la información recopilada en este trabajo, resulta indudable que no existe suficiente visibilidad de la crisis de la mediana edad en las mujeres, no solamente a nivel social, sino que las mismas mujeres que la atraviesan pueden pasar por alto su condición, atribuyendo dichos malestares a causas como la edad, los estereotipos asignados culturalmente a la mujer, los cambios hormonales o incluso llegar a dudar de la veracidad de su percepción. En el imaginario colectivo se suele considerar que no existen razones que justifiquen una crisis de la mediana edad, lo que ocasiona que las incomodidades físicas y psicológicas sean frecuentemente señaladas como ilusiones cognitivas que la mujer genera. Aunado a lo anterior, las demandas que se suelen adjudicar a la mujer de parte de su comunidad (como la reproducción o fungir como el pilar de unión del núcleo familiar) le asignan un valor social que se va menguando debido a los cambios que surgen en esta etapa.

Destaca que existen elementos culturales que ejercen presión social hacia la mujer para obligarle a cumplir con determinados comportamientos que son interiorizados por la mujer para ejercer su rol genérico de manera que su entorno inmediato lo avale. Estos elementos juegan un papel preponderante en la conformación de la crisis de la mediana edad y aunque suelen aparecer a la par de los cambios fisiológicos, los cambios culturales no fueron tomados en cuenta durante décadas e incluso en la actualidad las sociedades suelen estar poco conscientes de su relevancia.

La etapa de la crisis de la mediana edad conforma un periodo de vida que representa cambios importantes que suelen calificarse como negativos, por lo que han surgido gran cantidad de propuestas de talleres para sensibilizar sobre la existencia de esta etapa de vida, no obstante, no existe un taller que se enfoque en brindar herramientas para que las mujeres puedan tomar acciones para sobreponerse a esta crisis. Es por esto que el taller propuesto en esta tesina está diseñado para que las asistentes puedan darse cuenta que los cambios emergentes pueden representar oportunidades tales como el retomar planes que dejaron inconclusos en el pasado, dejar de ser responsables del cuidado del núcleo familiar, así como poder dedicar tiempo a la atención de los deseos personales. Siguiendo las dinámicas e intervención propuestas, las mujeres notarán la experiencia de vida ganada y conocerán su potencial para replantear su plan de vida.

Finalmente, resalta la importancia de seguir generando trabajos de investigación acerca de la crisis de la mediana edad, así como contar con elementos de atención tales como talleres, campañas de sensibilización o grupos de apoyo. Por tanto, este trabajo pretende ser un fundamento

sustancial para trabajar en futuras investigaciones, abonando en la comprensión y en el manejo de la etapa de la crisis de mediana edad en las mujeres tomando como base los estudios internacionales para poder generar una atención holística con un fuerte sustento metodológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonso, J. C. (2007). Cuba, características sociodemográficas de las mujeres de edad mediana. En: Artiles, L., Navarro, D., Manzano, B. R., eds. *Climaterio y menopausia, un enfoque desde lo social*. La Habana: Editorial Científico Técnica, p. 21-37.
- Amaya, F. (2005). *Características clínicopatológicas del endometrio sometido a diferentes pautas de tratamiento*. [Tesis Doctoral]. España: Editorial de la Universidad de Granada.
- Avis, N., Crawford, S., Greendale, G., Bromberger, J., Everson-Rose, S., Gold, E., Hess, R., Joffe, H., Kravitz, H., Teer, P. & Thurston, R. (2014). Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *National Institutes of Health*, 2015;175(4):531-539. doi:10.1001/jamainternmed.
- Bas, P. y Fernández, M. (2002). Prevención de los Trastornos Psicológicos en la menopausia. *3er Congreso virtual de psiquiatría*. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Pilar_Bas-Sarmiento/publication/228770255_Preencion_de_los_trastornos_psicologicos_en_la_menopausia/links/0c9605399b39c788a4000000/Preencion-de-los-trastornos-psicologicos-en-la-menopausia.pdf
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. y Medina, M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México* 2013; 55(1):74-80
Recuperado en 12 de Agosto de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011
- Bloch, M. y Febvre, L. (1929). *Annales d'histoire économique et sociale*, 1ª Ed, N. 1.
- Bocchino, S. (2005). Aspectos psiconeuroendócrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio. Trastornos depresivos y cognitivos. Aspectos clínicos y terapéuticos. *Rev Psiquiatr Urug* 2005;70(1):66-79. Recuperado en 5 de Julio de 2019, de http://www.spu.org.uy/revista/jul2006/07_emc.pdf
- Bock, G. y Ferrandis, M. (1991). La historia de las mujeres y la historia del género: Aspectos de un debate internacional. *Historia Social*. No. 9 (Winter, 1991), pp. 55-77. Recuperado en 8 de Agosto de 2019, de https://www.jstor.org/stable/40340548?seq=1#page_scan_tab_contents
- Bruce, D. & Rymer, J. (2009). Symptoms of the menopause *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 23(2009), 25-32. Recuperado en 4 de Julio de 2019, de <https://www.journals.elsevier.com/best-practice-and-research-clinical-obstetrics-and-gynaecology>
- Burin, M. (1995). *Psicoanálisis, estudios feministas y género*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de <http://www.psicomundo.com/foros/genero/subjetividad.htm>

- Burin, M. (2004). *Género femenino, familia y carrera laboral: conflictos vigentes. Subjetividad y procesos cognitivos*. Pag 48-77. Recuperado de https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/mabel_burin/articulo_mabel_burin.pdf
- Burin, M. (2010). *Género y salud mental: construcción de la subjetividad masculina y femenina*. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1
- Burin, M. y Bleichmar, E. (1996). *Género, Psicoanálisis, Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. y col. (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- Burin, M. y Meler, I. (1998). *Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. y Meler, I. (2000). *Varones género y subjetividad masculina*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. y Meler, I. (2001). *Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. y Velázquez, S. (1990): *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*.
- Burin, M., Jiménez Guzmán, M. y Meler, I. (comps.). (2007). *Precariedad laboral y crisis de la masculinidad: impacto sobre las relaciones de género*. Buenos Aires: UCES.
- Caballero, M. (2011). *Estudio comparativo: Intensidad del síndrome climatérico y conocimiento de la mujer de 45-59 años sobre el climaterio y menopausia*. [Tesis de Especialización en Medicina Familiar]. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina.
- Cano, G. (2001). Historia de las mujeres en occidente, de George Duby y Michelle Perrot. *Letras libres*. Recuperado en 23 de Agosto de 2019, de <https://www.letraslibres.com/mexico/libros/historia-las-mujeres-en-occidente-george-duby-y-michelle-perrot>
- Capote, M. (2011). Climaterio y menopausia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol.27 No.4 Recuperado en 3 de Julio de 2019, de https://www.researchgate.net/profile/Alina_M_Segredo_Perez/publication/262758601_Climaterio_y_menopausia/links/55522fac08ae6943a86d6efa.pdf
- Cárdaba, R. (2018). *Calidad de vida en el climaterio: acercamiento al estudio de la salud integral y la conformidad con normas de género femeninas*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/51605/>
- Carranza, S. (2003). *Atención Integral del Climaterio*. Mc. Graw Hill, 2ª. Edición, México.

- Casamadrid, J. (1989). *La mujer, sus síntomas y sus actitudes en la fase del climaterio*. [Tesis de maestría]. Universidad Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Charlton, D. (2003). Climaterio y Menopausia, una mirada de género. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*. IV (102), 107-112. Recuperado en 17 de Octubre 2019, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=153/15310209>
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras. Aspectos terapéuticos*. Buenos Aires; Madrid: Ed. Panamericana.
- Chrisler, J. C., Gorman, J. A., Marván, M. L., & JohnstonRobledo, I. (2013). Ambivalent sexism and attitudes toward women in different stages of reproductive life: A semantic, cross-cultural approach. *Health Care for Women International*, 35(6), 634-57 Recuperado en 11 de Julio de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23627400>
- Clemens, J., Souza, M. y Ferreira, M. (2015). Diferencia sexual, psicoanálisis y teorías feministas: algunas lecturas críticas. Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil. *Revista Alternativas en Psicología*. Recuperado en 13 de Agosto de 2019, de <http://alternativas.me/19-numero-31-agosto-2014-enero-2015/62-1-diferencia-sexual-psicoanalisis-y-teorias-feministas-algunas-lecturas-criticas>
- Collin, F. (1993). *Diferencia y diferenciando: La cuestión de las mujeres en filosofía*. En: Historia de las mujeres. Historia de las mujeres de Occidente. El Siglo XX. Tomo 5: 291-321. Ed. Taurus, Madrid.
- Coria, C. (2002). *La dependencia económica y la salud mental de las mujeres*. En: Burin, M. y cool. Estudios sobre la subjetividad femenina, mujeres y salud mental. Buenos Aires. Librería de mujeres.
- Coria, C. (2006). *El sexo oculto del dinero*. Buenos Aires: Paidós.
- De Beauvoir, S. (2000): *El Segundo Sexo. I. Los hechos y los mitos y II. La experiencia vivida*, Madrid: Ediciones Cátedra (1ª ed. francesa, 1949).
- De Buen, P. (2009). *La crisis de la mujer en la mediana edad. Un estudio de caso*. [Tesis de maestría]. Universidad Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Duby, G. y Perrot, M. (1993). *Escribir la historia de las mujeres. En historia de las mujeres*. Tomo 1. Madrid: Taurus.
- Dulcey, E. y Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 34, núm. 1-2, 2002, pp. 17-27 Recuperado en 2 de Julio de 2019, de http://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf?origin=publication_detail
- Favela, M. y Muñoz, J. (coordinadores). (2005). Mujeres, subjetividad y salud mental. Jornadas Anuales de Investigación. Universidad Nacional Autónoma de México. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Recuperado de: https://www.academia.edu/1245568/MUJERES_SUBJETIVIDAD_Y_SALUD_MENTAL_PERSPECTIVA_S_DESDE_LA_TEOR%C3%8DA_FEMINISTA

- Fernández, A. M. (1995), *“De eso no se escucha: el género”*, en *Género, psicoanálisis y subjetividad*, Buenos Aires: Paidós.
- Fleiz, C., Villatoro, J., Medina, M., Moreno, M., Gutiérrez, M. y Oliva, N. (2012). Sociodemographic and personal factors related to depressive symptomatology in the Mexican population aged 12to65. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2012; 34(4):395-404. Recuperado en 12 de Agosto 2019, de <http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/7117>
- Flexias, A., Luque, B. y Reina, A. (2009). El ciclo vital revisado: las vidas de las mujeres mayores a la luz de los cambios sociales. *Recrea, Revista de Pensament i Anàlisi* (9) pp. 59-80 Recuperado en 11 de Septiembre de 2019, de <http://www.e-revistas.uji.es/index.php/recerca/article/view/150/137>
- Flores, G., Corina, M., Campo, C. y Marchisio, S. (s. f.). Un relato de grupos de reflexión con mujeres menopáusicas. El desafío de ayudar a simbolizar el sufrimiento mental. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de San Luis. [Sitio web] Recuperado 4 de Septiembre de 2019, de <https://www.unl.edu.ar/iberoextension/dvd/archivos/ponencias/mesa3/un-relato-de-grupos-de-refle.pdf>
- Freixas, A. (2008). La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista. *Anuario de Psicología*, vol. 39, núm. 1, abril, 2008, pp. 41-57 Recuperado en 20 de Septiembre de 2019, de <http://www.redalyc.org/pdf/970/97017401004.pdf>
- Gaviría, S. y Alarcon, R. (2010). Psicopatología y género: visión longitudinal e histórica a través de DSM. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 39 / No. 2 / 2010. Recuperado en 20 de Agosto de 2019, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a12.pdf>
- Gobierno de México. Secretaría de Salud. (2015) *INFORME SOBRE LA SALUD DE LOS MEXICANOS* https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXIANOS_2015_S.pdf
- González, G. y Jiménez, M. (2016). *Conocimientos que tienen las mujeres acerca del climaterio y uso de la terapia hormonal de reemplazo hormonal*. [Tesis de pregrado]. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia. Toluca, México.
- González, Y., Hernández, I., Hidalgo, S., Pedroso, J., Feal, N. y Báez, E. (2012) *Intervención educativa para elevar conocimientos sobre climaterio y menopausia*. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc2012/amc121b.pdf>
- Guardia, B. (2013). *Mujeres Peruanas El Otro Lado de la Historia*. 5ª. Edición. Lima, Perú: Sara Beatriz Guardia.
- Heinemann, L., Potthoff, P. y Schneider, H. (2003). International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health and Quality of Life Outcomes* 1(28). Recuperado en 4 de Julio de 2019, de <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-1-28>
- Heredia, B. y Lugones, M. (2007). Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*,

33(3), 1-8. Recuperado en 4 de Julio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300009

Instituto Jalisciense de las Mujeres. Manual de Sensibilización en Perspectiva de Género. (2008). *Mujeres y Hombres: ¿Qué tan diferentes somos?* Recuperado en 5 de Octubre de 2019, de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Jalisco/jal04.pdf>

Izquierdo, A. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta. *Revista Complutense de Educación* Vol. 16 Núm. 2 (2005) 601 – 619. Recuperado en 11 de Septiembre de 2019, de file:///C:/Users/Mar/Downloads/Psicologia_del_desarrollo_de_la_edad_adu.pdf

Jinping, Xu., Bartoces, M., Neale, A., Rhonda, K. D., Northrup, J. & Schwartz, K. L. (2005). Natural History of Menopause Symptoms in Primary Care Patients: A MetroNet Study. *The Journal of the American Board of Family Practice* September 2005, 18 (5) 374-382. Recuperado en 20 de Julio de 2019, de <https://pdfs.semanticscholar.org/9b24/370fed29d141dd34b0bdc3a06bc0e2f88678.pdf>

Josselson, R. (2003). Revisions: Processes of development in midlife women. In J. Demick & C. Andreoletti (Eds.), *The Plenum series in adult development and aging. Handbook of adult development* (p. 431–441). Kluwer Academic/Plenum Publishers. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0617-1_22

Lamas, M. (1986). "La antropología feminista y la categoría de género", *Nueva Antropología, Estudios sobre la mujer, problemas teóricos*, vol. VIII, n° 30, pp. 173-198. México. Recuperado en 12 de Agosto de 2019, de <https://es.scribd.com/document/51310328/Marta-Lamas-La-antropologia-feminista-y-la-categoria-de-genero>

Lamas, M. (1996). "Por un marcaje feminista o lo personal sigue siendo político después de veinticinco años". *Debate Feminista*, año 7, v. 13, p. 415-425, abr. 1996. Recuperado en 18 de Agosto de 2019, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000187&pid=S0104-026X200800020000500016&lng=en

Lamas, M. (1996). "La antropología feminista y la categoría género", en *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG/Editorial Porrúa. Colección las Ciencias Sociales, Estudios de Género, México.

Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, vol. 7, núm. 18, enero-abril, 2000, p. 0. Distrito Federal, México: Escuela Nacional de Antropología e Historia. Recuperado en 5 de Agosto de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>

Lamas, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Ed. Taurus.

Landau, C. y Milán, F. (1996). Evaluación y tratamiento de la depresión durante la menopausia: informe preliminar. *Menopausia: 1996 - Volumen 3 - Número 4 - p 201-207* Recuperado 2 de Agosto de 2019, de https://journals.lww.com/menopausejournal/Abstract/1996/03040/Assessment_and_Treatment_of_Depression_During_the.6.aspx

- Lara, M. y Nelly, S. (2002). *Cálmese son sus nervios, tómese un tecito...La Salud Mental de las Mujeres Mexicanas*. México: Editorial Pax.
- Legorreta, D. (2007). La atención de los síntomas psicológicos durante el Climaterio. *Avances en Psicología latinoamericana*. Vol. 25 núm. 001, pp. 44-51 Recuperado en 15 de Julio de 2019, de [file:///C:/Users/Mar/Downloads/Dialnet-LaAtencionDeLosSintomasPsicologicosDuranteElClimat-2542689%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Mar/Downloads/Dialnet-LaAtencionDeLosSintomasPsicologicosDuranteElClimat-2542689%20(2).pdf)
- López, J. (2001). *Avances en el estudio y tratamiento del climaterio*. México: Janssen-Cilag.
- Lugones, M. (2001). Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (I). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 24. No. 1. Recuperado en 3 de Julio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000100003&lng=es&nrm=iso&tIng=es
- Mancilla, M. (2001). *Locura y mujer durante el porfiriato*. México: Ed. Círculo Psicoanalítico Mexicano.
- Márquez, V. (2016). La Cuestión del Género en Ciencias Sociales y en Psicología Social. *Rev. Trayectorias*, vol. 18, núm. 43, julio-diciembre, 2016, pp. 3-28 Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, Nuevo León, México. Recuperado en 2 de Agosto de 2019, de <http://www.redalyc.org/pdf/607/60746482001.pdf>
- Marvan, M. (2017). La Experiencia del Climaterio desde una Perspectiva Psicosocial. *Rev Salud y Administración*. 2017;4(11):27-34. Recuperado en 10 de Julio de 2019, de http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol4num11/3_Climaterio.pdf
- Marván, M., Castillo-López, R. L., y Arroyo, L. (2013). Mexican beliefs and attitudes toward menopause and menopausal-related symptoms. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(1), 39-45. Recuperado en 11 de Julio de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23394413>
- Marván, M., Islas, M., Vela, L., Chrisler, J. C., y Warren, E. A. (2008). Stereotypes of women in different stages of their reproductive life: Data from Mexico and U.S. *Health Care for Women International*, 29(7), 673-87. Recuperado en 11 de Julio de 2019, de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399330802188982>
- Marván, M., y Cortés-Iniestra, S. (2008). *Menstruación: qué es y qué no es*. México: Editorial PAX.
- Medina, G. (2011). *Mitos y tradiciones sobre el climaterio*. [Tesis que para obtener el grado de Especialista en Medicina Familiar]. Universidad Autónoma de México, Facultad de Medicina.
- Meler, I. y Tاجر, D. (2000). *Psicoanálisis y Género - Debates en el Foro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Mitchell, J. (1982). *Psicoanálisis y Feminismo*. España: Ed. Anagrama.
- Monroy, A. (2002). *Salud, sexualidad en la adolescencia y juventud*. México: Editorial PAX.
- Navarro, D. A., Mayans, G., Almarales, C., Sosa, O., Rivas, E., & Nicolau, O. (2007). Calidad del hueso en mujeres de edad mediana. *Revista Cubana de Endocrinología*, 18(1) Recuperado en 23 de octubre

de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000100002&lng=es&tlng=es

- Neugarten, B. (1975). Dinámica de la transición desde la mediana edad hasta la vejez. [Página web]. <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/terapia-ocupacional/CICLOS%20VITALES%202/Dinamica%20de%20la%20transicion%20desde%20la%20mediana%20edad%20hasta%20la%20vejez,%20B.NEUGARTEN.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo. *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001: 29-30. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *La Depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento*. https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Orozco, K., Rosales, A. y Rosales, I. (2016). *Afrontamiento de las mujeres entre 40 y 50 años frente al climaterio en un asentamiento humano. Distrito de Pachacámac*. [Tesis para obtener Licenciatura en enfermería]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Enfermería. Lima-Perú.
- Ortíz, M. (2013). *Psicopatología Clínica. Adaptado al DSM 5*. España: Ediciones Pirámide.
- Pallaruelo, L. (2012). *Si eres mujer y tienes entre 40-54 años deberías de saber...* [Tesis de maestría]. Universidad Pública de Navarra. España.
- Papalia, D., Sterns, H., Duskin, R. & Camp, C. (2009). *Desarrollo del Adulto y Vejez*. México: McGraw-Hill.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2010). Adulthood. En *Desarrollo Humano*. (pp. 516-537). México: McGraw-Hill. [Página web]. http://metabase.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/617/adulthood_media.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2012). *Psicología del Desarrollo*. México: McGraw-Hill.
- Pérez, R., Medina, R. y Espericueta, M. (2011). Respuestas adaptativas de mujeres en climaterio y menopausia. *Rev Enferm IMSS*. 2011;19(3):123-126. Recuperado en 20 de Octubre de 2019, de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=31764>

- Perrot, M. (1995). "Escribir la historia de las mujeres: una experiencia francesa". *Revista Ayer*, 17, 1995, p. 71 Recuperado en 23 Agosto de 2019, de http://revistaayer.com/sites/default/files/articulos/17-2-ayer17_LasRelacionesdeGenero_GomezFerrer.pdf
- Rafful, C., Medina, M., Borges, G., Benjet, C. y Orozco, R. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of affective disorders* 2012; 138(1):165-169. Recuperado en 23 de Octubre de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22341482>
- Reynoso, M. (2009). *Funcionalidad familiar en mujeres de 45-59 años con climaterio y menopausia en la UMF 20, Villa de Reyes, San Luis Potosí*. [Tesis de especialidad en medicina familiar]. Universidad Autónoma de México, Facultad de Medicina.
- Ritter, M. (1969). *America Through Women's Eyes*. New York: Greenwood Press.
- Rodríguez, A. y Escobar, M. (2014). *Prevalencia de enfermedades y problemas nutricionales en mujeres en periodo de climaterio. Consulta externa servicio de ginecología. Hospital San Vicente de Paul*. [Tesis de pregrado]. Facultad Ciencias de la salud, carrera de nutrición y salud comunitaria. Ibarra-Ecuador.
- Rondón, M. (2008). Aspectos sociales y emocionales del climaterio: Evaluación y manejo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Vol. 54. Número 2. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v54i1096>
- Sarmiento, P. y Fernández, M. (2002). *Prevención de los trastornos psicológicos en la menopausia*. E. Universitaria Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz Ctra. Getares. C/ Venus, s/n. 11207 - Algeciras Cádiz (España). Recuperado de www.researchgate.net/profile/Pilar_Bas-Sarmiento/publication/228770255_Prevenccion_de_los_trastornos_psicologicos_en_la_menopausia/links/0c9605399b39c788a4000000/Prevenccion-de-los-trastornos-psicologicos-en-la-menopausia.pdf
- Sherwin, B. (1996). Hormones mood and cognitive functioning in postmenopausal women. *Obstet. Gynecol.* 1996; 87: 205-265. [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(95\)00431-9](https://doi.org/10.1016/0029-7844(95)00431-9)
- Sievert, L., & Espinosa-Hernández, G. (2003). Attitudes toward menopause in relation to symptom experience in Puebla, Mexico. *Women Health*, 38(2), 93-106. Recuperado en 10 de Julio 2019, de https://www.researchgate.net/publication/8975718_Attitudes_Toward_Menopause_in_Relation_to_Symptom_Experience_in_Puebla_Mexico
- Tajer, D. (2000). Subjetividades sexuadas contemporáneas. La diversidad posmoderna en tiempos de exclusión. [Página web]. <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Introduccion-a-los-estudios-de-Genero/Tajer,%20Subjetividades%20sexuadas%20contemporaneas.pdf>
- Vega, A. (2007). Por la visibilidad de las amas de casa: rompiendo la invisibilidad del trabajo doméstico. *Política y cultura*, (28), 181-200. Recuperado en 18 de agosto de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26702808>
- Wagner, F., González, C., Sánchez, S., García, C. y Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3-11. Recuperado en 19 de Octubre de 2019, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=582/58223290002>

ANEXOS

Sesión 1.

Definiciones para la primera presentación en PPT.

Mediana edad, Crisis, Malestares, Síntomas, Climaterio y Menopausia.

- De acuerdo a Mabel Burin (1987) la mediana edad corresponde al periodo de vida ubicado entre los 35 y 55 años de edad.
- Crisis, situación difícil de una persona o una cosa.
- Malestares, Burin toma el concepto “malestar” para construir su nueva propuesta, la cual consiste en replantear temas como: Salud mental femenina, nuevas patologías de género y nuevas alternativas de intervención. Así mismo, le da pie a interpretar de manera distinta la situación que viven las mujeres, porque enfatiza y se enfoca en la construcción social de las mujeres en cuanto a sujetos, en la construcción de su subjetividad tomando en cuenta la historia, especialmente en la historia de las mujeres y la historia personal de cada mujer. Desde esta perspectiva, con este término se replantea la noción de malestar de la enfermedad mental de las mujeres.
- Síntoma, se puede definir como la alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.
- El climaterio es una etapa de transición de carácter involutivo -va disminuyendo la función ovárica-, su inicio tiene lugar en el periodo de la adultez madura. Dentro de esta etapa ocurre la menopausia y por ende se pierde la capacidad reproductiva; y se dice que debido a esos cambios fisiológicos ocurren ciertos cambios psicológicos. Sin embargo, el contexto social y cultural en el cual se desarrolla la mujer, también influyen en los cambios psicológicos que presenta ésta.
- La Organización Mundial de la Salud (2003) define la menopausia como el cese permanente de la menstruación tras un periodo de doce meses consecutivos de amenorrea, sin otra causa aparente patológica ni psicológica

Por sufrimiento entendemos el malestar de las mujeres, ligado a una situación específica de opresión; por enfermedad, el malestar donde el reconocimiento de sus orígenes ha sido denegado. La enfermedad es entendida como <pérdida de la conciencia de vivir en condiciones perturbadoras, siendo sujeto de un padecimiento individual, atribuido a disfunciones biológicas. En cambio, el sufrimiento femenino se describe como una situación de subordinación social propia de las mujeres> (Burin, 2000, p. 35).

Segunda presentación PPT.

¿Por qué se le califica como crítica a esta etapa de la vida?

Mabel Burin (2001) describe que la crisis de la mitad de la vida implica la ruptura del equilibrio anterior acompañada de la sensación subjetiva de padecimiento, también llamado dolor psíquico. Dicha crisis puede caracterizarse de dos formas: una es, configurada como crisis negativa, plena de sufrimientos, donde el sentimiento prevaleciente sería de pena y dolor; mientras, por otro lado, encierra la posibilidad de que el sujeto en una conducta subjetiva activa, se ubique cuestionando, ante sus propias contradicciones y conflictos, su situación anterior. Para tal ubicación activa es necesario realizar una serie de movimientos intrapsíquicos. En esta doble asunción de la crisis, en su carácter negativo, la mujer es el sujeto padeciente; y en su forma de vivencia, podría decirse reflexiva, la crisis coloca a la mujer como sujeto críticante, esto es por medio de la reorganización psíquica cuyos elementos generadores fundamentales son el juicio crítico y el deseo hostil.

Sesión 2.

Las tarjetas para la primera actividad llevarán escritas las siguientes palabras: crisis, ruptura, equilibrio anterior, acompañada, sensación subjetiva, padecimiento, dolor psíquico, puede, caracterizarse, dos formas, crisis negativa, llena de sufrimientos, sentir, pena y dolor, crisis positiva, conducta subjetiva activa, cuestionarse, contradicciones y conflictos, su situación anterior.

Presentación en PPT.

Para la segunda actividad, proyectar imágenes de mujeres realizando diferentes actividades y las asistentes irán distinguiendo a cuál de los roles sociales asignados a las mujeres pertenece cada actividad. Pueden referirlos a los roles de: ama de casa, rol de esposa, rol de madre, y rol de trabajadora extradoméstica.

Para la quinta actividad, se elaborarán tarjetas que describen tanto características de personajes, mujeres, como diferentes situaciones de opresión o malestar psicológico.

1. Ama de casa de 55 años de edad, casada desde hace 37 años con un hombre que trabaja de 8am a 8 pm, él provee económicamente todos los gastos de la casa, menos los gastos personales de ella, y quiere que ella se ocupe de todas las labores domésticas y le tenga ropa y alimentos listos a la hora que él desee. Tienen una hija de 37 años viviendo con ellos, es licenciada en trabajo social, divorciada, sin hijos, trabaja con la mamá en una cocina económica, pero ella no interviene en la preparación de comida, ni en las compras del mercado, solo sirve las mesas, lava trastes y se va antes que la mamá porque diario convive con amigos y amigas.
2. Mujer soltera de 65 años de edad, estudió economía, es jubilada desde los 55 años, vive sola en su departamento, no tiene pareja, ni hijos, aunque su salud no es completa porque tiene glaucoma en los dos ojos, atiende a su mamá dos días de la semana, va a casa de su

- mamá a cuidarla. Se tituló recientemente, su segunda carrera es antropología y da clases en una universidad.
3. Mujer de 45 años, divorciada, trabaja 6 días de la semana de 5 am a 3 pm en un puesto del tianguis, tiene dos hijas que estudian, una la carrera y otra, la preparatoria, son muy estudiosas. Ella siempre está cansada, y a pesar de que sus hijas hacen mucho de trabajo doméstico y ella se esfuerza para tener lo necesario, pasan privaciones. Recientemente inició una relación de pareja con una mujer, sus hijas están de acuerdo, solo que al enterarse el ex esposo, le dejó de dar la raquítica pensión a sus hijas.
 4. Mujer de 41 años, abogada con maestría en derecho penal, pero dejó su trabajo. Es alcohólica en abstinencia desde hace 3 años, vive en unión libre con un hombre de 55 años, adicto a la cocaína, tienen un hijo de 7 años. Ella es dueña de un negocio de antojitos, el cual va teniendo más ventas cada día, pero tiene que esconder el dinero porque su pareja le roba, tanto para pagas su vicio, como para darle dinero a sus otros hijos, sin embargo ella no lo quiere dejar porque su hijo quiere mucho a su padre y a ella no la obedece. Tienen que vivir con la mamá de ella porque solo así el hombre no la golpea.
 5. Mujer de 66 años de edad, vive en la casa de su hermana mayor, trabaja con esa hermana y con otro hermano en un negocio de refacciones de autos. El hermano tiene una enfermedad cardiaca por lo que se dedica a llevar inventarios, su hermana tiene una enfermedad en los huesos que le impide hacer determinados movimientos, la hermana se encarga de cobrar, ella se ocupa de despachar y acomodar las piezas en los anaqueles, va por la comida, lleva y recoge a su mamá todos los días a la estancia de personas mayores, la baña, la viste, le da de cenar y está al pendiente de sus medicinas. Declara que Dios es quien le tiende la mano para sacar adelante sus responsabilidades y la tranquiliza el saber que los tres unidos pueden solventar sus necesidades y cuidar a su madre.
 6. Mujer de 67 años, trabajadora doméstica, se emplea en una casa desde hace 30 años, trabaja cuatro días de la semana en un horario de 11 am a 4 pm, rechazó el seguro social por preferir que sus patrones le den ese dinero extra pues tiene viviendo con ella a su hijo adicto activo y a sus dos nietas, una de 15 años y otra de 6, a las tres personas las tiene que vestir y alimentar. Ella tiene diabetes y muy mala circulación, acude al centro de salud para que le den medicinas, quiere cuidarse para poder atender a su familia, no quiere que este hijo se muera igual que su otro hijo que también era adicto y murió por una sobre dosis.
 7. Mujer de 67 años de edad, con maestría en psicología educativa, trabaja dando talleres a trabajadores de instituciones de gobierno. Vive sola, tiene un hijo de 45 años que es casado y es autosuficiente, se frecuentan una o dos veces a la semana. Es parte de un grupo de profesores que constantemente hacen juntas de trabajo, en ocasiones van a dar cursos a otras ciudades, al igual asisten a congresos. Ellas se casó por segunda vez hace 15 años y vivió muy contenta ese matrimonio, enviudó 10 años después, pero contó con una red de apoyo fuerte que le ayudó a procesar su duelo en poco tiempo. Su esposo le dejó una pensión económica equivalente a lo que ella recibe de sueldo.
 8. Mujer de 46 años de edad, casada con un hombre de 50 años que trabaja manejando su taxi. Tienen cuatro hijos, tres hombres y una mujer, los hijos hombres están casados y viven aparte. La más chica, de 25 años, vive con ellos, es madre soltera de un niño de 3

años. Tanto la madre como la hija trabajaban con la abuela en un negocio de antojitos, toda la familia come en ese lugar, toda la familia sufre de obesidad, pero a esta mujer de 46 años le detectaron diabetes el día que se desmayó y la llevaron al hospital, y por complicaciones de circulación le amputaron una pierna. Actualmente no puede trabajar, ni contactar con nadie externo a su familia pues está muy baja de defensas y puede complicarse más su situación de mala salud.

Sesión 5.

Se utiliza el video de Youtube: El Jabón, una reflexión.

<https://www.youtube.com/watch?v=gQxpPKJW5ww>