

El ciclo de vida femenino en el saber biomédico: construyendo corporalidades para las mujeres de mediana edad

*The female life cycle in biomedical knowledge:
building corporality for middle-aged women*

Ana Leticia Fitte *

Universidad Nacional de La Plata / CONICET, Argentina.

anafitte@yahoo.com.ar

Resumen

En este trabajo se exploran tanto las nociones del climaterio y la menopausia, elaborados por el modelo biomédico, así como los presupuestos que lo estructuran. Para ello se toman, por un lado, como referente empírico, los relatos de médicos y médicas especialistas en ginecología que desempeñan su labor en consultorios privados de la ciudad de La Plata, Argentina y, por otro lado, la literatura disponible sobre el tema elaborada desde las ciencias sociales. El propósito de dicho análisis es identificar los criterios utilizados para segmentar el ciclo de vida femenino dentro del saber biomédico entendiendo que dichas conceptualizaciones han creado y legitimado un modelo hegemónico acerca de la corporalidad femenina y que las relaciones de género no están desvinculadas de un ciclo vital estandarizado para hombres y mujeres, dentro del cual derechos, obligaciones y posibles usos del cuerpo difieren de una edad a otra.

Palabras clave: ciclo de vida femenino, climaterio, menopausia, cuerpo femenino

Abstract

The aim of this paper is to explore both the notions of the climacteric and menopause, as proposed by the biomedical model and the assumptions that structure it. This analysis is based on the experiences of doctors and medical specialists in obstetrics who perform their work in private clinics in the city of La Plata, Argentina and, on the other hand, the available literature on the subject drawn from the social sciences. The purpose of this analysis is to identify the criteria used to segment the female life cycle in biomedical knowledge, understanding that such conceptualizations contribute to the legitimizing an hegemonic model of feminine corporality and that gender relations are not decoupled from one standardized life cycle for men and women, within which rights, obligations and possible uses of the body differ from one age to another.

Keywords: female life cycle, climacteric, menopause, female body

* Licenciada en antropología, (FCNyM, UNLP), Becaria CONICET, Personal del Departamento Científico Etnografía de la FCNyM, Universidad Nacional de La Plata.

El ciclo de vida femenino en el saber biomédico: construyendo corporalidades para las mujeres de mediana edad

Introducción

La edad y el sexo han sido considerados desde los inicios de la antropología como principios universales y básicos de la organización social. En otras palabras, en todas las culturas existe una segmentación de la vida de los individuos en períodos a los que se le adjudican propiedades específicas a los fines de clasificarlos y estipular los comportamientos apropiados para cada etapa. No obstante esto, como señala Feixas (1996: 320), tanto la forma de compartimentalizar la biografía de los individuos como los contenidos pertenecientes a cada etapa son altamente variables de cultura a cultura.

De acuerdo con la antropóloga Margaret Lock (1998: 35), desde fines del siglo pasado en el contexto de la cultura occidental, el método científico comenzó a ser aplicado para el estudio del ciclo de vida. Como consecuencia de ello se establecieron trayectorias de vida normalizadas de la población dentro de las cuales la biografía del individuo fue dividida en estadios de desarrollo caracterizados básicamente como infancia, niñez y adolescencia. Posteriormente, hacia mediados del siglo XX, en función de los cambios demográficos, los ancianos también fueron hechos sujetos de investigación, estableciéndose un cuarto estadio vital, la vejez. La “mediana edad” fue el último segmento del ciclo de vida por “descubrir”, basándose en una serie amplia de presunciones construidas por el discurso académico tomando como referencia fundamental la idea de crisis. La crisis vital considerada inherente a la mediana edad a la que Lock se refiere, está centrada en la ocurrencia del climaterio y la menopausia.

Los objetivos de este trabajo son, por un lado, presentar las nociones del climaterio y de la menopausia propuestas por médicos y médicas especialistas en ginecología que desempeñan su labor en consultorios privados de la ciudad de La Plata, Argentina¹. Por el otro lado, el objetivo es identificar los presupuestos –y los contenidos ideológicos– que

estructuran las conceptualizaciones de dichos fenómenos construidas desde el modelo biomédico, a la luz de la literatura disponible sobre el tema elaborada desde las ciencias sociales.

El propósito del análisis que propongo es exponer los criterios utilizados para segmentar el ciclo de vida femenino dentro del saber biomédico. La premisa que tomo punto de partida es que las relaciones de género están vinculadas de manera indisoluble con un ciclo vital estandarizado para hombres y mujeres, dentro del cual derechos, obligaciones y posibles usos del cuerpo difieren de una edad a otra. Asimismo, retomando la perspectiva de Citro (2008), planteo considerar una perspectiva de significantes corporales, significantes que, en término del orden simbólico, delimitan y estructuran en este caso las prácticas y creencias del saber biomédico. Dichas prácticas y creencias intervienen tanto en la emergencia de un tipo de sujeto femenino así como en la legitimación de un modelo hegemónico acerca de la corporalidad femenina. Bajo esta línea argumentativa, considero que la relevancia del análisis aquí realizado es que el estudio del ciclo de vida femenino elaborado desde el saber biomédico como discurso dominante, constituye un paso preliminar necesario para comenzar a indagar las relaciones entre sexo, género y corporalidad. En función de ello será posible el cuestionamiento de ciertas normativas y prácticas sociales que devienen en hechos naturalizados, con miras a identificar qué posibles tipos de experiencias corporales –y existenciales– se desarrollan en torno a ellas.

Resta agregar que para llevar adelante los objetivos de trabajo aquí propuestos tomé como punto de partida la información obtenida a partir de una serie de entrevistas semiestructuradas realizadas a médicos y médicas especialistas en ginecología que desempeñan su labor en consultorios privados de la ciudad de La Plata –Argentina–, en el transcurso del período 2006-2009, en el marco del trabajo de campo de una beca de posgrado otorgada por CONICET. Dichas entrevistas fueron realizadas en los espacios de trabajo en donde los médicos y médicas habitualmente realizan su labor, con el objetivo de

¹ En otro trabajo inédito analizo la relevancia de la experiencia corporal en el proceso de construcción del saber biomédico de acuerdo al género del especialista, atendiendo al papel que juega la dimensión corporal en la construcción de dicho saber.

identificar los ejes problemáticos y los debates dentro del saber biomédico en torno a la conceptualización del climaterio y la menopausia. Por este motivo, se organizaron en torno a las siguientes cuestiones centrales: a) las definiciones del climaterio y la menopausia que postulan y la descripción de los cambios que identifican como parte del proceso; b) si es el proceso es considerado relevante para las mujeres que atienden y en tal caso por qué².

En la primer parte del trabajo expongo las conceptualizaciones del climaterio y la menopausia que las ginecólogas y los ginecólogos presentaron e identifico los aspectos centrales que constituyen las nociones propuestas. En la segunda parte analizo y cuestiono dichas representaciones a la luz de la bibliografía disponible en las ciencias sociales, procurando identificar los presupuestos que estructuran las nociones planteadas por los/as especialistas y el contenido ideológico que las sustentan.

El climaterio y la menopausia desde el saber biomédico

Como señala Lock (1998: 35), la experiencia del envejecimiento es un proceso simultáneamente biológico y social. No obstante esto, el foco de atención dentro del saber biomédico ha sido confinado a los cambios biológicos que ocurren en el cuerpo físico de los individuos a medida que transcurren los años. Como resultado de este énfasis en la materialidad corporal y en la edad cronológica, la experiencia subjetiva de la maduración y los cambios asociados con las relaciones humanas han sido considerados periféricos o secundarios.

El modelo del climaterio y la menopausia creado desde el saber biomédico representa un

² El proyecto de investigación aborda el tema de los significados otorgados a los cambios corporales durante el climaterio y la menopausia, en mujeres de clase media heterosexuales de la ciudad de La Plata. El diseño metodológico de la investigación considera dos grandes referentes empíricos que serán tomados como unidades de análisis interdependientes. Por un lado un grupo de mujeres de sectores medios de la ciudad de La Plata que atraviesan el climaterio y la menopausia. Las técnicas de investigación implementadas con este grupo consistieron en la realización de observación participante y de entrevistas en profundidad, con el objetivo de identificar las experiencias de vida en torno al climaterio y la menopausia. Por el otro lado, el segundo referente empírico está centrado en los médicos y médicas especialistas –asumiendo el carácter hegemónico del saber biomédico– abocados a la atención de la mujer durante este proceso. La metodología implementada en este caso, también de tipo cualitativa, estuvo centrada en las técnicas de observación y el desarrollo de entrevistas semiestructuradas en los espacios laborales de los/as especialistas.

ejemplo paradigmático de lo señalado por Lock. Estos términos son usados para definir una parte del ciclo de vida femenino y fueron incorporados para dar cuenta de los fenómenos ligados a la fisiología reproductiva. Comenzaron a configurarse como objeto de estudio a partir del siglo XVIII, pero es recién a partir del siguiente siglo, puntualmente en el año 1816 con la obra presentada por el médico francés Gardanne, que se inician los estudios dedicados íntegramente al tema. En dicha obra, el término menopausia designa la interrupción de la menstruación (Martin, 1987; Lock, 1993; Rodríguez, 2000; Laznik, 2005), mientras que el término climaterio, que define el pasaje de “una etapa reproductiva en la vida de la mujer a una etapa no-reproductiva”, es caracterizado en función de la “pérdida de fertilidad” potencial como consecuencia del descenso de la actividad hormonal.

A continuación expongo las descripciones que los/as médicos/as especialistas en ginecología³ presentaron del climaterio y la menopausia indagando cómo éstas son manejadas en la práctica de la profesión. A partir de ello será posible reconocer una serie de ejes temáticos interdependientes que estructuran las definiciones y prescripciones del saber biomédico, ejes temáticos que configuran la representación dominante que circula en torno al climaterio y la menopausia.

Desde el punto de vista de los/las profesionales, el climaterio es entendido como una etapa que acontece en la vida de la mujer, aproximadamente entre los 45 y 60 años, que implica el “pasaje de la vida reproductiva a la vida no reproductiva”. Dicho fenómeno es entendido como un proceso inherente a la fisiología femenina que ocupa un tercio de la vida de la mujer. El hito central de dicha etapa es la menopausia, entendida ésta como el cese definitivo de las menstruaciones a causa del descenso de la actividad hormonal. Como detallara uno de los ginecólogos:

(...) el climaterio es una etapa de la vida de la mujer... Y la menopausia, que quiere decir última menstruación, es un síntoma porque es que la mujer tuvo su última pérdida menstrual, desde un año para adelante nunca, nunca más menstruó, entonces es un síntoma...O sea, climaterio etapa, la menopausia un síntoma del climaterio. ¿Son la misma cosa? De ninguna manera: menopausia es la última menstruación, climaterio es una etapa más abarcativa. Es pasar de la

³ A lo largo del análisis haré un uso de las categorías y expresiones médicas utilizadas por los entrevistados, las cuales serán indicadas a través de comillas o, para el caso de los fragmentos de entrevistas citadas en párrafo aparte.

etapa reproductiva a la no reproductiva... (Mario, 62 años).

Más allá de esta clara distinción conceptual entre los términos climaterio y menopausia establecida por este ginecólogo, es posible observar que en la práctica habitualmente suelen utilizar el término menopausia para designar tanto la totalidad del proceso como toda la serie de “síntomas” que pueden manifestarse a partir de los descensos en los niveles de estrógeno. Este uso ampliado del término menopausia, pese a que a nivel conceptual es entendido como un “síntoma” del climaterio, responde a que el descenso de los niveles de estrógeno que conducen a la menopausia es reconocida como el aspecto fisiológico distintivo de la etapa. Se trata de un cambio interno que en la práctica es verificado a través de la medición de los niveles hormonales por medio de análisis de sangre y a partir del reconocimiento por parte de la mujer de que durante el último año no ha menstruado.

En el fragmento de la entrevista que presento a continuación es posible visualizar este uso ampliado del término menopausia y los riesgos que, desde la mirada ginecológica el proceso supone para la salud de la mujer:

La menopausia..., digamos que es uno de los temas, de los cuadros, no llamarlo patología porque no es una enfermedad sino que es una etapa de la vida de las mujeres, y que normalmente nosotros tenemos que prestar mucha atención porque de por sí trae aparejado ciertos cambios en la mujer que hay que tener en cuenta porque desde este punto de vista pueden ser patológicos porque pueden dar alteraciones de colesterol, alteraciones hormonales en general y después cuadros asociados al mismo proceso (...) En eso hay que abrir los ojos y prestar atención, la osteoporosis, todo eso hay que ver, hay que estar muy atento. Por eso te digo, científicamente hablando, desde ese punto en adelante, hay que empezar a controlarlo más que nunca, porque son situaciones en que se pueden poner de manifiesto todos estos cuadros (Eduardo, 44).

Como señalé anteriormente, este uso ampliado del concepto de menopausia está vinculado, por un lado, con la identificación del cese de las menstruaciones como el hito distintivo del climaterio y, por el otro lado, con la asunción de que las mujeres están más familiarizadas con el término menopausia.

Un aspecto central que se destaca en las entrevistas anteriormente citadas se refiere al tratamiento de la menopausia como una enfermedad. En el fragmento anterior, se explicita que la menopau-

sia no es una patología sino una etapa que acontece en todas las mujeres. No obstante ello, podemos ver que es descripta en términos patológicos y entendida como un factor de riesgo para contraer otras enfermedades. En este sentido, la menopausia es considerada el indicador corporal a partir del cual es necesario reforzar los controles médicos para prevenir las enfermedades históricamente asociadas a ella.

Además, tanto el climaterio como la menopausia están caracterizados y definidos en función de una serie de cambios corporales que repercuten a nivel sistémico, esto es, que modifican el estado de salud de la mujer afectando su calidad de vida. Dichos cambios son categorizados como “síntomas”. Asimismo, en el primer fragmento de la entrevista citada, el ginecólogo define y reitera que la menopausia en sí es un “síntoma”. En el fragmento que sigue, Mario describe minuciosamente los “dominios sintomáticos” considerados propios de la menopausia y menciona la denominación médica que reciben:

(...) Entonces como para definir los tres dominios sintomáticos, (...): vasomotor, psiconeurobiológico y atrófico de lo genital... vasomotor, en la anamnesis - en el interrogatorio- uno pregunta: ¿tiene sofocos o transpiración?, esos son los dos básicos...

(...) El psiconeurobiológico, habíamos hablado de insomnio, cefaleas, dolor de cabeza, cambios en el ánimo, por ejemplo: ansiedad, depresión, poca tolerancia, irritabilidad, eso lo puedes poner adentro del neuropsicobiológico... No dormir bien, no descansar, indiferencia. Y en la atrofia urogenital, te va a decir que tiene trastornos para orinar, me arde al orinar, orino a cada rato, tengo infecciones urinarias y lo más significativo que les cuesta expresarlo es tengo dolores en las relaciones sexuales, ese es otro dato fundamental. (Mario, 62 años)

Otro de los cambios corporales que fue adjudicado a esta etapa por parte de los especialistas es el aumento de peso. Éste es caracterizado como un cambio externo y visualizable. Dicho aumento de peso no es considerado en términos de “síntoma”, pero sí se contempla como un cambio corporal relevante ya que lo perciben como “un factor de riesgo” de futuras “alteraciones en los valores de colesterol” y de “patologías de tipo cardiovascular”.

Lo interesante del caso es que pese a que los médicos entrevistados procuran describir la menopausia como una etapa natural y no como una patología, las descripciones que ofrecen replican la conceptualización del fenómeno en términos de una enfermedad. De acuerdo con ello, la/os especialistas

plantean que son significativos para la mujer porque generan malestares que alteran su salud y, por ende, su calidad de vida pero también plantean que los “síntomas” son de carácter temporal y reversible. Como señala Leydi, los “síntomas” son definidos como “cualquier cambio perceptible en el cuerpo o en sus funciones que indican una enfermedad o alguna fase de la enfermedad” (Leydi, 1994: 241). Propone entonces, como alternativa para eliminar la connotación patológica otorgada a la menopausia, reemplazar el uso del término “síntomas” por el de “signos corporales”.

Al mismo tiempo, los/as médicas describen el climaterio y la menopausia como un fenómeno inherente a la totalidad de la población femenina que atraviesa la mediana edad. Esto es, ofrecen una conceptualización en términos universales del proceso. No obstante esto, reconocen que en la práctica se confrontan con una gran variabilidad individual, ligada ésta a la ausencia o presencia de los “síntomas”, y a la frecuencia e intensidad de estos. Esto es, admiten que en la práctica observan que la experiencia de la menopausia difiere en distintas mujeres. Dichas diferencias son explicadas refiriéndolas a los distintos contextos afectivos, a los distintos estilos de vidas y a las actividades que cada mujer desarrolla. En base a esta observación establecen correlaciones entre la realización por parte de las mujeres de “actividades extradomésticas” y el desarrollo de actividades puramente domésticas y la capacidad de atravesar este período con menor o mayor dificultad. Así, de acuerdo con los/as especialistas, las mujeres que ejercen prácticas extradomésticas (tales como trabajar fuera de la casa), en contraposición a aquellas mujeres abocadas exclusivamente de las tareas domésticas, suelen transitar la menopausia con mayor facilidad. Sin embargo, no reflexionan acerca de esta contradicción.

Con respecto a los “síntomas” exclusivos de la menopausia, éstos son considerados inocuos y de fácil resolución por parte de las/os especialistas. Esta percepción no impide que reconozcan que para las mujeres pueden llegar a ser realmente muy “molestos”. Desde la perspectiva de las/os ginecólogas/os a partir del climaterio las mujeres están propensas a contraer enfermedades graves, tales como “cánceres ginecológicos” de útero o de mama. En este sentido, la mujer menopáusica es caracterizada como poseedora de un cuerpo potencialmente en riesgo que requiere de controles médicos frecuentes e intensivos para prevenir y/o tratar dichas patologías.

En función de esta lectura del climaterio y de la menopausia, los/as médicos/as en la práctica determinan las causas de los “síntomas”, los clasifican, establecen un diagnóstico y lo tratan.

Este último aspecto, el del tratamiento de los “síntomas”, nos introduce en uno de los aspectos más cuestionados de la conceptualización del climaterio y la menopausia en términos patológicos: el uso de estrógenos sintetizados artificialmente para restablecer los “valores hormonales normales” y eliminar o mitigar la “sintomatología”.

La aplicación de este tratamiento se remonta a los estudios desarrollados en el área de la endocrinología, entre fines del siglo XIX y principios del XX, investigaciones que llevaron a la identificación de las hormonas involucradas en la fisiología reproductiva femenina. Como consecuencia de ello, a lo largo del siglo XX, se reformularon las explicaciones respecto de la etiología de los cambios corporales y con esto, la comprensión del proceso en su totalidad. A partir del hallazgo del estrógeno, en la década del '20, se condujo a la definición de la menopausia como una enfermedad deficitaria, una deficiencia estructural y permanente de estrógeno que induce a una reorganización hormonal e incide en las demás funciones orgánicas, las cuales deben acoplarse a las nuevas condiciones metabólicas (Bell, 1987; Lock, 1993; Harding, 1996; Leidy, 1999).

Leydi señala que esta conceptualización de la menopausia como patología en la actualidad se presenta bajo tres modalidades: “a) como una enfermedad deficitaria (similar a la diabetes o al hipotiroidismo); b) como una endocrinopatía (enfermedad de las glándulas endócrinas); c) como un factor de riesgo para contraer enfermedades crónicas tales como osteoporosis y enfermedades de tipo cardiovascular (Leidy, 1999: 409).

Simultáneamente con estas investigaciones surge el tratamiento conocido como terapia de estrógenos. El mismo fue promovido por el ginecólogo estadounidense Robert Wilson quien en el año 1966, bajo la financiación de la compañía farmacéutica Wyeth, propuso su uso masivo para tratar la “sintomatología” adjudicada a la menopausia. Wilson indicaba que, restableciendo los “valores hormonales normales” –cuyos parámetros de referencia son los niveles de estrógeno presentes en la mujer en edad procreativa– se detendría y evitaría el decaimiento físico y psíquico de la mujer menopáusica.

Luego de esta promoción, entre los años 1975 y 1980, el uso de la terapia de estrógenos de-

clinó de manera dramática debido a que su empleo contenía como efecto secundario el aumento de riesgos de contraer cáncer endometrial y de mamas. Por este motivo, a partir de los ochenta comenzó a recomendarse el uso combinado de estrógeno con progesterona, fórmula a partir de la cual se procuró contrarrestar el efecto tóxico del estrógeno. Este es el tratamiento que en la actualidad recibe el nombre de terapia de reemplazo hormonal (en adelante TRH) y es usado tanto para tratar los “síntomas” considerados típicos de la menopausia (los llamados calores o sofocos y las alteraciones del sueño) así como terapia preventiva de las enfermedades históricamente asociadas a la menopausia tales como la osteoporosis y las cardiovasculares mencionadas por los especialistas aquí entrevistados (Lock, 1993; Leidy 1999; Wei Leng, 1996, Harding, 1996).

A partir de las entrevistas que realicé pude identificar que se reitera esta ambivalencia respecto del uso de la TRH. Las/os entrevistados debaten acerca de cómo y cuándo tratar los “síntomas”, emergiendo así dos posturas contrapuestas respecto a su uso. Lo significativo es que, ya sea que avalen o rechacen el uso de la TRH, apelan a las mismas argumentaciones para justificar sus posiciones. En otras palabras, los fundamentos esgrimidos para explicar sus posturas⁴ apelan a una misma lógica, la cual se basa, por un lado, en la posibilidad de brindar una “mejor calidad de vida” (proteger y preservar la salud de la paciente) y, por el otro lado, en la apelación a las pruebas científicas obtenidas a través de experimentos realizados para medir la relación costo-beneficios de la terapia. Sin embargo, existe un consenso respecto de que cuando existen antecedentes familiares de cánceres ginecológicos, el médico no puede prescribir este tipo de medicación.

La cita que presento a continuación ilustra una de las dos perspectivas relativas a cuándo usar estrógenos y las consideraciones respecto de la relación costo-beneficio:

L: ¿En qué casos se le prescribe a una mujer tratamiento hormonal?

Luis: ...el caso puntual es una mujer que tiene los síntomas que más les molestan que son los calores o sofocos, esos calores que tienen y que por ahí, aparte, llegan a ser invalidantes, porque por ahí son personas que tienen por actividades en frente a gente, o atención al público, o que tengan que dar clase o lo

que fuera (...) cuando esa sintomatología es muy fluida, es la única indicación... (Luis, 48 años).

Este mismo médico especifica las contraindicaciones y las distintas evaluaciones elaboradas en el transcurso de los últimos años en torno a las relaciones costo-beneficio del uso de estrógenos:

Las contraindicaciones son normalmente patologías malignas ginecológicas, tanto mamaria como uterinas, alteraciones circulatorias que se llaman trombofilias, o sea que hay exposición a trombosis (...) Lo que siempre se va haciendo en medicina es comparar el resultado con una medicación o con otra... Y bueno, se fue viendo que los estrógenos tenían menos beneficios y más efectos adversos, y por eso se fueron sacando. Y hoy por hoy, te digo, nada más se utiliza —y tomado con alfileres—, cuando hay muchos síntomas de esos que te contaba (Luis, 48 años).

Esta explicación representa una de las posiciones respecto al uso de estrógenos. Las mujeres son medicadas cuando presentan “síntomas invalidantes”, esto es, cuando se ven afectadas de manera sistemática de manera tal que sus actividades cotidianas se encuentran vinculadas con algún grado de exposición en la esfera pública. Dentro de esta postura, la TRH es utilizada de manera excepcional y, en su lugar, se promueven los tratamientos localizados, es decir, la prescripción de medicamentos específicos para problemas precisos tales como el suministro de un suplemento de calcio para el tratamiento de la osteoporosis

La segunda perspectiva sostiene que la administración de TRH, también bajo condiciones estrictas, contribuye a mejorar la calidad de vida y que, por lo tanto, hay que ponerla a disposición de las “mujeres afectadas”. Uno de los ginecólogos relató una secuencia que se repite con frecuencia en su consultorio:

Hoy le decía a una paciente, porque otro de los mitos y que vienen las pacientes muy asustadas “doctor no me va a dar hormonas, porque producen cáncer”, es otro de los mitos que hay.

(...) Uno lo que tiene es que demostrarle a la paciente que hay una palabrita en medicina que se llama evidencia, entonces, si las evidencias médicas... sostienen que sobre una cohorte de x, 20.000 casos se demostró que un fármaco no produce cáncer de mamas, bueno, hagámosle caso a un estudio serio. (...) Yo tomo la mujer como modelo, entonces esa mujer viene, porque está cansada, porque tiene sofocos a la noche, porque tiene problemas en sus relaciones que no lubrica bien, porque tiene mala calidad de vida en general (...) ¿le voy a dar tratamiento hormonal? Sin duda, porque es un modelo a indicar... (Miguel, 54 años).

⁴ Las dos posiciones contrapuestas están detalladas y disponibles para el conocimiento público en las páginas web oficiales de la International Menopause Society (www.imsociety.org/) y The Women’s Health Initiative (www.nhlbi.nih.gov/whi/).

En el fragmento anterior, el profesional justifica su postura a favor del uso de TRH y observamos que, como en la posición anterior, apela al argumento de “la evidencia” para promover y usar la TRH. Además de esto, podemos inferir que este debate en torno a las ventajas y desventajas del uso de la TRH ha trascendido ampliamente los límites del foro médico y que las mujeres que acuden a las consultas lidian con los temores e incertidumbres respecto de él.

De lo expuesto hasta aquí es posible rescatar uno de los principales ejes temáticos que constituyen la nociones del climaterio y la menopausia postuladas por los/as especialistas entrevistados. Tanto el climaterio como la menopausia son descritos como fenómenos de carácter universal. Esto es, fenómenos que constituyen una etapa indisoluble y problemático del ciclo de vida femenino ya que a partir de ellos la calidad de vida de la población femenina se ve alterada de manera negativa, debido tanto a los “síntomas típicos” del proceso como por los riesgos de contraer otras enfermedades a los que las mujeres están expuestas. Aún más, no sólo plantean una conceptualización en términos patológicos sino que también existe un tratamiento exclusivo cuyo uso queda a criterio de cada médico.

Otros dos ejes temáticos que me interesa destacar que son considerados por los/as ginecólogos/as hitos centrales del proceso de la menopausia son, por un lado “la pérdida de la fertilidad” y, por el otro lado la ocurrencia de dificultades en la vida sexual. La inclusión de estos dos factores como puntos cruciales del proceso, es producto de la inferencia que los/as médicos/as han realizado en función de la práctica ya que, para ambos casos, los/as especialistas asumen que las mujeres que asisten a las consultas raramente son capaces de expresar su malestar en relación a ellos.

Los fragmentos de las entrevistas que presento abajo se refieren a la cuestión de la “pérdida de la fertilidad” y a las sensaciones que las/os ginecólogas/os suponen que genera en las mujeres.

(...) si bien muchas veces para esa edad ya no se plantea tener un hijo el tema de tener una sensación de que deja de ser productiva, muchas veces genera una depresión en muchas mujeres (Luis, 48).

La instancia de la consulta generalmente es otra, es lo que ellas sienten como síntomas del período de la menopausia: que están más nerviosas, que están más tristes, que están más emotivas... para el que trabaja en esto y las escucha es claro, pero ellas no son claras consigo mismas, entonces te vienen con que están tristes, con que lloran, con que tienen miedo a esto, y

lo que en realidad pasa por algo que es mucho más simple que es la tristeza de perder la fertilidad (Olga, 64).

A través de estas citas es posible observar que la llamada “pérdida de la fertilidad” es asociada directamente con la depresión y la tristeza. El orden de causalidades que establecen para dar cuenta de porque resulta un período crítico en la vida de la mujer es que la “pérdida de la fertilidad” tiene como corolario la experiencia de la sensación de “pérdida de la productividad”. Así, en la base de alguno de aquellos “síntomas” clasificados anteriormente dentro del “dominio sintomático” llamado “psiconeurobiológico” se encuentra el presupuesto de que la sensación de “pérdida de la fertilidad” conlleva otra sensación relativa a la “pérdida de la productividad”, lo cual conduce a que las mujeres padezcan estados depresivos. En suma, la “pérdida de la fertilidad” es directamente ligada con la reproducción y la posibilidad (o en este caso imposibilidad) de ejercer la maternidad, práctica históricamente ligada a la identidad femenina. Aún más, asumen que a partir de esta imposibilidad deviene en la mujer una “sensación de pérdida de la productividad”, ligando de esta forma la reproducción con la productividad.

El segundo aspecto problemático mencionado por los/as ginecólogos/as que me interesa señalar como tercer eje temático se refiere a la vida sexual de las mujeres menopaúsicas. Un ginecólogo planteaba:

La sexualidad es un tema clave. Una de las preguntas que el ginecólogo le tiene que hacer a las mujeres en general y en particular en la menopausia es: ¿tiene algunas dificultades en sus relaciones sexuales?, ¿tienen dolor? Dolor seguramente sí, porque esa falta de los estrógenos hace que a nivel de la vagina haya muy poca lubricación, entonces, la pregunta la formula la mayoría de las veces el ginecólogo, en lo que hace al tema de la sexualidad y en muy bajo porcentaje la mujer (...). Ella (la mujer) siente pero no te lo expresa de entrada, “venía para hacerme un control y de paso quería contarle que tengo mucha sequedad, falta de lubricación, etc. etc.” Y en otros casos que es la mayoría preguntamos nosotros... (...) O sea, es raro que (las mujeres) te lo manifiesten (Omar, 58 años).

Como pudimos observar a través de estas citas los/as especialistas traducen la descripción de las sensaciones corporales e infieren los “verdaderos motivos” de consulta no revelados por las pacientes por pudor, vergüenza, o por mero desconocimiento. El médico es el que tiene el saber sobre lo que le está sucediendo a la paciente. Así, dos aspectos cruciales que hacen del climaterio una etapa crítica son: los malestares asociados con la “pérdida

de la fertilidad” y, por otro lado, la imposibilidad de practicar una vida sexual plena debido a la ausencia de lubricación que genera lo que dentro del saber biomédico es denominado “dispareunia” o coito doloroso.

En el transcurso de las consultas, a través de la anamnesis (el cuestionario médico) y el examen ginecológico se corrobora la presencia de los síntomas. En este sentido cabe preguntarnos cuál es el status, el valor otorgado a los relatos de las experiencias corporales que las mujeres plantean cuando son atendidas, en la medida en que es cuestionado a priori. Los/as especialistas dan por sentado que las pacientes no se atreven a plantear ciertos malestares puntuales relativos a la sexualidad, o que lo que necesariamente las afecta es la “pérdida de la fertilidad”, la cual desde la mirada médica es homologada a la sensación de “pérdida de la productividad”.

De lo expuesto hasta aquí es posible observar que, según los relatos médicos, se establece que las mujeres experimentan cambios tanto a nivel mental (psicológicos y/o emocionales) como a nivel físico. Además, estos cambios corporales pueden ser internos o externos. Esto es, los ginecólogos y ginecólogas establecen una correlación entre cambios corporales físicos internos que ocurren a nivel fisiológico (descenso de los niveles de estrógeno) con cambios corporales externos que generan “los típicos síntomas de la menopausia” y distintos grados de malestar, que pueden alterar en mayor o menor grado las prácticas cotidianas de la mujer.

En función de este saber sistematizado, el relato de la experiencia de la paciente es inmediatamente interpretado y traducido a una explicación del proceso, la etiología del malestar y las prescripciones médicas para revertir esta “síntomatología”. De esta forma, la totalidad de los “síntomas” considerados y los potenciales riesgos de contraer enfermedades –tales como la osteoporosis, cardiovasculares y cánceres ginecológico– se conjugan desde la mirada y la práctica ginecológica para concebir el climaterio y la menopausia como una etapa crítica en la vida de la mujer. Las tres ideas centrales que fundamentan esta visión que rescaté como ejes temáticos centrales que sigue pueden sintetizarse de la siguiente manera: 1) la menopausia como una patología con una serie de “síntomas” específicos y como factor de riesgo para contraer diversas enfermedades. De esta noción se desprende la idea de que es necesario que a partir de ella las mujeres realicen controles médicos frecuentes e intensivos y aún más, una medicación específica para abordar su

tratamiento; 2) la homologación de la dupla “pérdida de la fertilidad”/“pérdida de la productividad”; 3) la idea de que las mujeres de mediana edad a partir de la menopausia empiezan a sufrir alteraciones en la vida sexual.

El ciclo de vida femenino en el saber biomédico: construyendo corporalidades para las mujeres de mediana edad

En este apartado retomo y analizo críticamente la noción del climaterio y de la menopausia como una etapa crítica en la vida de las mujeres propuesta por los ginecólogas/as –y los ejes temáticos que lo constituyen– a partir de la bibliografía sociotropológica disponible sobre el tema, con el objetivo de identificar los presupuestos que estructuran este saber y el contenido ideológico que los sustenta.

Dicho análisis nos permitirá presentar un repaso de las críticas fundamentales dirigidas a la construcción biomédica del climaterio y la menopausia con miras a identificar las corporalidades que allí se construyen y los criterios utilizados para elaborar el ciclo de vida femenino.

El primer eje temático que mencioné en el apartado anterior está centrado en la conceptualización de la menopausia como enfermedad. Esta conceptualización resulta inteligible a partir del concepto de medicalización. El concepto de medicalización se refiere a dos procesos interrelacionados: 1) la determinación de un significado médico a determinados comportamientos o condiciones, que pasan a ser definidos en términos de salud y enfermedad; 2) el funcionamiento de la práctica médica como una actividad que permite eliminar o controlar las experiencias definidas como desviadas, con el propósito de asegurar la adhesión a una norma social y ejercer un control social (Conrad, 1992; Riessman, 1998). Riessman (1998) indaga el vínculo entre medicalización del ciclo de vida femenino y las relaciones de género propias del sistema patriarcal prevalente en la cultura occidental. Según esta autora, la subordinación estructural de las mujeres a los hombres hizo de ellas un sujeto particularmente vulnerable a la influencia y la expansión del dominio clínico. Esta autora observa también que este proceso está fundado en ciertas marcas corporales visibles y externas de la mujer (vinculadas éstas con la fisiología reproductiva) tales como la menstruación, el embarazo y la lactancia, están ausentes en los hombres.

Con respecto a los efectos políticos de la medicalización, Lock y Scheper-Hughes (1987) plantean que la medicalización inevitablemente conlleva la imposibilidad de visualizar los vínculos entre los cuerpos individuales y sociales, y una reducción de lo social al ámbito de lo biológico. Las autoras afirman que una antropología que indague la relación entre el cuerpo social y el cuerpo político, inevitablemente conduce a la consideración de la regulación y el control no sólo de los individuos sino también de la población y, por tanto, de la sexualidad, el género y la reproducción. Foucault fue un precursor en el estudio de problemáticas y se refirió a ellas a través de los conceptos de bio-poder y anatomopolítica.

En las ciencias sociales y en la antropología en particular, los estudios sobre el climaterio y la menopausia comenzaron a desarrollarse de manera sistemática desde de la década del ochenta y están principalmente alineados con una perspectiva analítica posestructuralista, desde la cual es posible explorar cómo se construyen y circulan los significados sociales.

Los trabajos elaborados desde este enfoque abordan el climaterio y la menopausia como objeto de estudio desde una mirada compleja que involucra como dimensión central el contexto socio-cultural en donde se construyen y circulan los diversos saberes. Se trata de trabajos que fundamentalmente analizan y cuestionan la conceptualización biomédica de la menopausia en el contexto de la cultura occidental, conceptualizaciones que promueven la medicalización del ciclo de vida femenino y las consecuencias sociales y políticas que dicha práctica conlleva (Martin, 1987; Bell, 1987; Lock, 1993, 1998; Harding, 1996; Wei Leng, 1996; Riessman, 1998; Barber Webster, 1998; Leidy, 1999). De acuerdo con estos autores, la menopausia es un proceso dentro del ciclo de vida femenino que, conjuntamente con el parto y la libertad reproductiva (el aborto y la anticoncepción), han sido medicalizados. En contraposición al modelo biomédico, plantean que la experiencia de la menopausia es construida culturalmente y que, consecuentemente, la forma en que es vivida y expresada es indisoluble de los contextos socio-culturales particulares.

Como se pudo apreciar en las descripciones médicas del primer apartado, la patologización del climaterio y la menopausia supone que el cuerpo de la mujer que atraviesa dichos procesos es un cuerpo crónicamente enfermo o en riesgo y, a partir de ello, requiere de controles médicos. Se postula que el

cambio hormonal, esto es, los descensos en los niveles de estrógeno, afectan a la mujer sistemáticamente. En este punto cabe citar los trabajos pioneros de Emily Martin (1987) quien, retomando los aportes de Foucault, lleva a cabo un análisis de los discursos médicos sobre la menstruación y la menopausia. Martin toma también como punto de partida la propuesta de Lakoff y postula que los textos médicos construyen el cuerpo de la mujer a través del uso de metáforas indisociables del contexto socio histórico en donde se desarrolla dicho saber. Esta autora plantea que a partir del siglo XIX, tanto la menopausia como la menstruación, fueron analogadas a enfermedades. Desde entonces el cuerpo femenino es percibido como una máquina periódicamente dañada por las menstruaciones y en crisis a partir del climaterio, ya que el sistema hormonal deja de estar al servicio de la reproducción. Así, la mujer menopáusica es poseedora de un cuerpo estructuralmente dañado, un cuerpo en riesgo que requiere y demanda de controles médicos permanentes (Martin, 1987: 42-44).

De acuerdo con Harding (1996), las nociones de normalidad y anormalidad del cuerpo femenino, están en relación con el desarrollo de los estudios endocrinológicos llevados a cabo a partir del siglo XX. Según esta autora, en el discurso científico, las hormonas sexuales han sido presentadas como determinantes de la diferencia sexual, proveyendo un punto de partida para explicar el sexo y establecer un mecanismo a través del cual se expresan las diferencias sexuales. Estas nociones constituyeron la encarnación de la esencia del sexo. Esta conceptualización de las hormonas, generó y promovió la idea de que el sexo puede ser leído a partir de un cuerpo en el que se desarrollan dos posibles superficies morfológicas, la de hombre o la de mujer. En este sentido, Harding señala que el "surgimiento" de las hormonas facilitó el desarrollo de una construcción nueva: el "cuerpo hormonal", un cuerpo creado y modelado por hormonas. Al mismo tiempo, la idea de anormalidad inherente a la mujer está relacionada con la descripción del ciclo hormonal femenino en contraposición con el masculino. Harding, siguiendo a Oudshoorn, señala que el modelo cuantitativo químico de las diferencias sexuales dio lugar a la noción de que la producción hormonal seguía un ritmo diferente en hombres y mujeres, caracterizando el cuerpo masculino como poseedor de una "regulación hormonal estable" y al femenino por una "regulación hormonal cíclica". Según Oudshoorn, esto llevó a establecer diferencias de sexo en términos de ciclicidad versus estabilidad, estipulán-

dose a partir de esta dicotomía comportamientos tipificados como femeninos o masculinos —y las respectivas connotaciones negativas y positivas adjudicadas a cada uno de ellos— (Harding, 1996: 107).

La caracterización del cuerpo femenino en términos de anormalidad nos permite entender uno de los aspectos centrales relativo a la universalización de la experiencia de la menopausia que incluí en el primer eje temático. Simultáneamente, la idea de anormalidad del cuerpo femenino está ligada a la representación del cuerpo como algo aislado de las relaciones sociales y de la cotidianeidad que lo modela, posibilitando tanto la esencialización del cuerpo femenino así como la reificación de procesos corporales tales como el climaterio y la menopausia que aquí se analizan. En otras palabras, el modelo biomédico propone una universalización del climaterio y la menopausia, considerándolos como experiencias compartidas por todas y cada una de las mujeres, como un fenómeno transcultural inherente a toda la población femenina incluida en la franja etaria de los 45-60 años. De esta forma, se omite la variabilidad de las posibles experiencias en torno a la menopausia de acuerdo con las distintas culturas o incluso hacia el interior de las mismas, como fue posible apreciar en las conceptualizaciones médicas presentadas en el apartado anterior.

En contraposición con esta línea argumentativa, la antropóloga Margaret Lock (1993, 1998) cuestiona por qué no logramos concebir la menopausia como un producto específico de la tradición de pensamiento occidental euro-americana —ampliamente ligada al desarrollo del saber y la práctica biomédica— en lugar de conceptualizarla en términos de una experiencia femenina de carácter universal. De acuerdo con esta autora, si bien durante la menopausia se producen una serie de cambios endocrinológicos, la ocurrencia de éstos no configura sustancialmente la experiencia subjetiva y social de esta etapa. En este sentido, propone el concepto de “biologías locales” para dar cuenta de la compleja dialéctica entre la biología y la cultura. Con respecto a la construcción de un cuerpo universal, esta autora propone que el cuerpo biológico no puede ser ignorado (se afirma a sí mismo), pero también forma parte de una cultura de la cual no puede ser desvinculado y en este sentido es altamente cambiante a través del tiempo y del espacio (Lock, 1998: 37).

Lock (1998: 39) argumenta, tomando como base su investigación empírica en Japón, que los discursos sobre el envejecimiento están moldeados en

todos lados por creencias no examinadas acerca del cuerpo femenino y sus funciones en la sociedad. En este sentido las experiencias subjetivas de la menopausia son configuradas culturalmente. En otras palabras, los cambios y sensaciones que tienen lugar hacia el final de la menstruación, se constituyen a partir de las expectativas, los conocimientos, las prácticas que circulan en un medio socio-histórico particular. El caso de las diferencias entre los síntomas prevalentes en Norteamérica y Japón permite ejemplificar esta afirmación ya que indican que los cambios biológicos que tienen lugar en el climaterio tienen un efecto pero no determinan las experiencias subjetivas ni la producción de los discursos que elabora el saber biomédico o aquellos que los hombres y las mujeres crean y recrean en su cotidianeidad⁵.

Ahora bien, el presupuesto de base que posibilita las conceptualizaciones propias del saber biomédico hasta aquí cuestionadas, es la noción de cuerpo que sustenta dicho saber. Los primeros estudios socioantropológicos que incorporaron el cuerpo como objeto de reflexión central lo entendieron primariamente como el espacio de construcción y soporte de lo simbólico y lo social. Esta perspectiva constituyó la línea de pensamiento dominante en antropología hasta la década del ochenta. No obstante esto, Lock y Sheper-Hughes (1989) sostienen que, tanto en el caso de la antropología médica como dentro de la antropología en general, la noción de cuerpo no ha sido problematizada ni cuestionada. Aún más, dentro de estas áreas de conocimiento prevalece aquella falacia biologicista vinculada con el dualismo cartesiano que disocia el cuerpo de la mente entendiéndolas como dos entidades discretas e independientes. Dicha disociación supone que el cuerpo es un objeto natural posible de ser analizado aislándolo del contexto sociohistórico que habita (Scheper-Hughes y Lock, 1987: 7). En contraposición, y a partir de una revisión exhaustiva de la literatura antropológica, las autoras proponen el concepto “*Mindful body*” para postular que el cuerpo es simultáneamente “un artefacto físico y simbólico, producido tanto natural como culturalmente y anclado en un momento histórico particular” (*ibid.*). Con este término procuran resolver la dicotomía cartesiana que sustentó la

⁵ El peligro de este argumento es que el cuerpo euroamericano permanece incuestionado y no problematizado, que la experiencia del envejecimiento en otras poblaciones es tomada entonces como una variación en la norma —debida a los genes o a la dieta— o se asume que es anómala.

mayor parte del edificio científico, incluyendo la antropología y la medicina.

Como pudimos apreciar en el apartado anterior, el cuerpo es entendido como una entidad invariable y natural que atraviesa distintas etapas a lo largo del ciclo de vida femenino. El modelo biomédico del climaterio y la menopausia sostiene la idea de que el cuerpo es una entidad natural. Bajo esta lógica aborda el tratamiento del cuerpo descontextualizándolo espacio-temporalmente. Prevalce, en suma, una visión ingenua y naturalista del cuerpo. Esta conceptualización también se pone en evidencia en la clasificación que ofrecen de los “síntomas” de la menopausia, catalogados éstos en tres grandes “dominios sintomáticos” independientes, dos de los cuales se refieren a los cambios físicos (“vasomotor” y “atrofia urogenital”) y el tercero al dominio psicológico o emocional (“psiconeurobiológico”). Asimismo, las caracterizaciones que se ofrecen se realizan en un vacío contextual, esto es, omitiendo las situaciones personales y socioculturales de las pacientes.

Por último, me interesa analizar los ejes temáticos relativos a la “pérdida de la fertilidad” y la idea de que a partir de la menopausia la mujer de mediana edad comienza a atravesar dificultades en la vida sexual. Dicho análisis nos permitirá vislumbrar las interrelaciones entre cada uno de los ejes temáticos aquí rescatados y el contenido ideológico que los sustenta. De acuerdo con los relatos de los especialistas presentados, la “pérdida de la fertilidad” y, por ende de la maternidad, son consideradas y valoradas como una de las vivencias centrales del ciclo vital femenino. Asimismo, establecen relaciones de causalidad entre pérdida de la fertilidad y pérdida de la funcionalidad total de la mujer.

Lock (1993, 1998) sostiene que la caracterización de las mujeres de mediana edad en términos de “anormalidad” y “patología” se funda en dos principios: 1) La mujer, como fenómeno evolutivo, se destaca del resto de las especies animales por tener la capacidad de vivir alrededor de un tercio de su vida sin contar con la capacidad reproductiva; 2) Los cambios corporales experimentados durante la menopausia (cambios celulares a nivel endometrial y ováricos, niveles hormonales, densidad ósea, niveles de calcio y lípidos) son medidos y contrastados tomando como referencia “valores normales”, es decir, aquellos característicos de cuerpos de mujeres occidentales y blancas en edad reproductiva. Ambos principios suponen que la vida femenina se

define en función de su capacidad reproductiva. (Lock, 1993, 1998).

Esta representación de la mujer forjada en el saber biomédico es entonces sólo inteligible cuando se la considera en el marco socio-histórico de la cultura occidental dentro del cual se desarrolló dicho conocimiento. En este contexto, la mujer menopáusica está signada por su incapacidad de llevar a cabo un rol tradicionalmente adjudicado a las mujeres, el ejercicio de la maternidad. Como destacaron Martin (1987) y Lock (1993, 1998), lo que está implícito en la mayoría de los discursos sobre la reproducción es que el objetivo de todas las mujeres, la marca de la femeneidad y la condición para ser mujer, es la reproducción. Así, dentro del saber biomédico, tal como argumentan los enfoques repasados y como pudimos observar en los casos de los profesionales entrevistados, las mujeres son clasificadas de acuerdo a su potencial reproductivo: “mujeres en edad reproductiva” vs. “mujeres en edad no reproductiva”. De esta forma, el saber biomédico establece una segmentación del ciclo de vida de la mujer que se condice con los rasgos históricamente considerados definitorios de la identidad femenina. Para cualquiera de los dos grupos la categorización toma como parámetros la edad y la presencia-ausencia estimada de estrógeno y progesterona la cual es ligada al potencial reproductivo de la mujer.

La caracterización de las mujeres hasta aquí repasadas, centrada en los vínculos establecidos entre la reproducción, la maternidad y la identidad femenina, nos permite también analizar el tercer eje temático relativo a las alteraciones en la vida sexual de las mujeres menopáusicas señalada por los ginecólogos y ginecólogas. A partir de la menopausia las prácticas sexuales de la mujer se desligan formalmente de la reproducción y del ejercicio de la maternidad y, por este motivo, carecen del sentido teleológico signado por el mandato de la sexualidad para la reproducción impuesto por la matriz heteronormativa. Esto nos lleva a pensar, como señala Schwarz (2008), que si bien la sexualidad y la reproducción son dos campos que están en proceso de separación en la vida de las mujeres, dicha separación está lejos de ser completada. Asimismo, esto se vincula con la centralidad de la maternidad como parte de la identidad femenina. Esta autora nos recuerda que tanto la heterosexualidad como la maternidad son, entre otras cosas, instituciones políticas. El modelo patriarcal de dominación implica un lugar subordinado de la mujer en el que su sexualidad intenta ser controlada al tiempo que se impone la tarea reproductiva (Schwarz, 2008: 194-195).

Conclusiones

En este trabajo partí de la premisa de que las relaciones de género están directamente vinculadas con un ciclo vital estandarizado para hombres y mujeres, dentro del cual derechos, obligaciones y posibles usos del cuerpo difieren de una edad a otra.

Presenté y describí las nociones de climaterio y menopausia propuestas en situación de entrevista por un grupo de ginecólogas y ginecólogos que ejercen su profesión en consultorios privados de la ciudad de La Plata. A partir de estas descripciones, fue posible identificar tres grandes ejes temáticos que estructuran las nociones expuestas por dichos especialistas: 1) el climaterio y la menopausia como una experiencia patológica inherente a la vida de la mujer de mediana edad; 2) la asociación del potencial reproductivo femenino con la funcionalidad de la mujer; 3) las dificultades que atraviesa la mujer de mediana edad en su vida sexual. Esta serie de temas interrelacionados son tomados en consideración por los especialistas para definir el climaterio y la menopausia como una etapa crítica e ineludible en la vida de las mujeres.

Luego de la identificación de estos grandes ejes y de las nociones propuestas por los especialistas, realicé un análisis de dichos ejes temáticos a la luz de la bibliografía disponible en las ciencias sociales que aborda la temática con el fin de mostrar los presupuestos —y el contenido ideológico de estos— que estructuran el modelo biomédico, en función del cual fue posible, por un lado, reconocer los presupuestos —y el contenido ideológico de éstos— que estructuran las prácticas y creencias del saber biomédico y, por el otro lado, tanto la una construcción de la corporalidad femenina así como de un tipo de sujeto femenino vulnerable y expuesto a controles. Planteé también que dichas conceptualizaciones, fundamentadas en los presupuestos básicos de la mujer de mediana edad como anormalidad y la ligazón de la mujer con la reproducción y el ejercicio de la maternidad como pilares centrales de su identidad, moldean la creación de un tipo de sujeto al tiempo que habilitan la intervención sobre su corporalidad.

Para abordar los discursos sobre el climaterio y la menopausia expuestos por los/as especialistas fue necesario considerar varias dimensiones interrelacionadas dialécticamente en la construcción del conocimiento biomédico. Por un lado, las conse-

cuencias sociales y políticas implicadas en la medicalización, dentro de las cuales cabe destacar el postulado de una mujer de mediana edad crónicamente enferma y sujeta al control médico. Por el otro lado, la medicalización de la menopausia moldea la vivencia de las experiencias femeninas en términos patológicos. La segmentación del ciclo de vida femenino desde el saber biomédico, toma entonces como parámetro la ausencia del potencial reproductivo de la mujer.

Desde la perspectiva ginecológica, la relevancia adjudicada a esta etapa deriva tanto de los “síntomas”, así como de la sensación de “pérdida de la fertilidad”/“pérdida de la productividad. Bajo este enfoque, cada uno de estos aspectos se conjugan para hacer del climaterio y la menopausia una etapa crítica en la vida de las mujeres, al tiempo que se crea una corporalidad para la mujer de mediana edad signada por la idea de “la crisis de la menopausia”.

La importancia de identificar las formas en que es conceptualizado el cuerpo menopáusico y cómo es tratado, radica en que permite entenderlo como una expresión social particular de control sobre el cuerpo femenino. En otras palabras, el análisis de la segmentación de la vida de la mujer propuesta por el modelo biomédico, constituye un ejemplo de los controles sociales impuestos en torno al cuerpo femenino, un cuerpo que históricamente ha sido tomado como un espacio potente pero maleable en cuanto a sus significados otorgados, y ha sido uno de los principales foros en donde se delinear las relaciones de sexo y género (Butler, 2005).

Ahora bien, como mencioné en la introducción el análisis que ofrecí en este trabajo, constituye tan sólo una tarea preliminar para indagar los tipos de experiencias corporales y existenciales que se desarrollan en relación con estas representaciones dominantes del climaterio y la menopausia. La pregunta central que emerge a partir de este trabajo es: ¿qué tipos de experiencias corporales pueden derivar de la definición de una etapa del ciclo vital femenino en términos de enfermedad? Esta pregunta, cuya respuesta queda pendiente y requiere ser contestada, nos permitirá desentrañar de manera minuciosa la matriz heteronormativa y su dimensión ideológica; ya que el cuerpo —y las experiencias corporales— constituye uno de los principales sitios en donde la ideología se inscribe ejerciendo su poder naturalizador de la realidad social.

. Bibliografía

- BARBER WEBSTER, Joy (1998) "Meno-Boomers and Moral Guardians. An Exploration of the Cultural Construction of Menopause" en: Rose Wietz (ed). *The Politics of Women's Bodies Sexuality, Appearance and Behavior*. Oxford University Press, 1998. p.222-251.
- BELL, Susan (1987) "Changing Ideas: The Medicalization of Menopause". *Revista Social Science and Medicine* 24. p. 535-543.
- BUTLER, Judith (2005) *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- CITRO, Silvia (2008) "Creando una mujer: ritual de iniciación femenina y matriz simbólica de los géneros entre los tobos *takshik*" en: Silvia Hirsch (comp) *Mujeres Indígenas en la Argentina. Cuerpo, trabajo y poder*. Buenos Aires: Editorial Biblos, p. 27-58.
- CONRAD, Peter (1992) "Medicalization and Social Control" en: *Annual Review of Sociology* 18, p. 209-232.
- FEIXA, Carles (1996) "Antropología de las edades" en: J. Prat y A. Martínez (ed). *Ensayos de Antropología Cultural: Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barcelona: Ariel, p. 319-335.
- HARDING, Jennifer (1996) "Sex and Control: The Hormonal Body". *Revista Body and Society*; 2; p. 99-111.
- LAZNIK, Marie-Christie (2005) *La menopausia: El deseo inconcebible*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- LEIDY, Lynnette (1994) "Biological Aspects of Menopause: Across the Lifespan" en: *Annual Review of Anthropology*, Vol. 23., p. 231-253.
- _____ (1999) "Menopause in Evolutionary Perspective" en: James, J, McKenna, L y Smith, E., (editors). *Evolutionary Medicine*. Oxford University Press, p. 407-427.
- LOCK, Margaret (1993) *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. United States of America: University of California Press.
- _____ (1998) "Anomalous Ageing: Managing the Postmenopausal Body". *Revista Body and Society* 4, p. 35-61.
- LOCK, Margaret and SCHEPER-HUGHES, Nancy (1987) "The Mindful Body: A prolegomenon to future work in Medical Anthropology". *Revista Medical Anthropology Quarterly* 1, p. 1-60.
- MARTIN, Emily (1987) "Medical Metaphors of Women's Bodies: Menstruation and Menopause" en: *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon, p. 27-53.
- RODRIGUEZ, María Beatriz (2000) *Climaterio femenino. Del mito a una identidad posible*. Argentina: Lugar Editorial.
- RIESSMAN, Catherine (1998) "Women and Medicalization: A New Perspective" en: Rose Wietz (ed) *The Politics of Women's Bodies Sexuality, Appearance and Behavior*. Oxford University Press, p. 46-63.
- SCHAWARZ, Patricia (2008) "Las lesbianas frente al dilema de la maternidad" en: *Todo sexo es político*. Pecheny, M., Figari, C., y Jones, D. (comps). Buenos Aires. Ed: El Zorzal. Pp. 193-212.
- WEI LENG, Kwok (1996) "On Menopause and Cyborgs: Or, Towards a Feminist Cyborg Politics of Menopause". *Revista Body and Society* 2, p. 33-52.

Citado.

FITTE, Ana Leticia (2011) "El ciclo de vida femenino en el saber biomédico: construyendo corporalidades para las mujeres de mediana edad" en: *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES*. Nº7. Año 3. Diciembre 2011-marzo 2012. Córdoba. ISSN: 1852.8759. pp. 52-64. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/78/105>

Plazos.

Recibido: 18/07/2010. Aceptado: 18/12/2010.