



Ivett Reyes Guillén

# La Menopausia y la cultura del miedo

INVESTIGACIÓN  
EDUCATIVA &  
PEDAGÓGICA  
IBEROAMERICANA

editorial  
**redipe**

Fotografía:  
Ernesto Jaramillo Betancourt

**Título original:**

## **LA MENOPAUSIA y LA CULTURA DEL MIEDO**

**Ivett Reyes Guillén**

Universidad Autónoma de Chiapas

**ISBN:** : 978-1-957395-03-6

**Primera edición,** Abril 2022

### **SELLO Editorial**

Editorial REDIPE (95857440), Nueva York – Cali

Red de Pedagogía S.A.S. NIT: 900460139-2

© de la ilustración de la cubierta

### **Comité Editorial**

Valdir Heitor Barzotto, Universidad de Sao Paulo, Brasil

Carlos Arboleda A. PhD Investigador Southern Connecticut State University, Estados Unidos

Agustín de La Herrán Gascón, Ph D. Universidad Autónoma de Madrid, España

Mario Germán Gil Claros, Grupo de Investigación Redipe

Rodrigo Ruay Garcés, Chile. Coordinador Macroproyecto Investigativo Iberoamericano EvaluaciónEducativa

Julio César Arboleda, Ph D. Dirección General Redipe. Grupo de investigación Educación y Desarrollo humano, Universidad de San Buenaventura

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, la reproducción (electrónica, química, mecánica, óptica, de grabación o de fotocopia), distribución, comunicación pública y transformación de cualquier parte de ésta publicación -incluido el diseño de la cubierta- sin la previa autorización escrita de los titulares de la propiedad intelectual y de la Editorial. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. Los Editores no se pronuncian, ni expresan ni implícitamente, respecto a la exactitud de la información contenida en este libro, razón por la cual no puede asumir ningún tipo de responsabilidad en caso de error u omisión.

Red Iberoamericana de Pedagogía

[editorial@rediberoamericanadepedagogia.com](mailto:editorial@rediberoamericanadepedagogia.com)

[www.redipe.org](http://www.redipe.org)

Impreso en Cali, Colombia

*Printed in Cali, Colombia*

■  
PRÓLOGO  
■

# La Menopausia y la Cultura del Miedo

Ivett Reyes Guillén



El presente libro considera ser un aporte desde el área de los estudios culturales, con la finalidad de inquietar, provocar y generar nuevas formas de analizar un tema relativamente olvidado; la menopausia. En efecto, existen muchos estudios relacionados con este proceso fisiológico femenino, pero se limitan a analizar lo que fisiológicamente está sucediendo en el cuerpo de las mujeres.

La definición de menopausia expresa la desaparición de la ovulación, y, por tanto, de la menstruación y de la capacidad reproductiva de la mujer; este proceso normalmente tiene lugar entre los 40 y 50 años. Pero ¿qué pasa con los sentimientos, forma de interpretación, relación con el miedo, relación con el envejecimiento y la muerte?

Es por ello que te invito a que exploremos juntos este mundo y dejemos una serie de preguntas que pueden ser exploradas desde la antropología, psicología, biomedicina y otras disciplinas del orden social y de humanidades. Tratemos de referenciar que la menopausia va más allá de un proceso fisiológico, donde las humanas tienen mucho que decir; pero también mucho que preguntar.

Haremos esto sin dejar de lado lo que Rodman (2015) llama "*the Sigh*", describiendo la variedad de emociones, sensaciones, creencias y mitos, relacionados con este proceso; todo esto escuchado desde las voces de mujeres con distintas construcciones religiosas, profesionales, familiares y étnicas.

Posteriormente, tendremos la oportunidad de comentar, de manera etnológica, las similitudes o no, entre mujeres con elementos educativos, sociales y culturales disimiles. Con ello, podremos aportar desde una mirada holista, otra forma de análisis del proceso de la menopausia; pero también podremos generar una serie de necesidades de investigación desde la antropología, psicología y desde la interdisciplinariedad, que nos permitan trabajar juntos para el conocimiento de este mundo poco explorado desde las ciencias sociales y de mucha utilidad para las ciencias médicas y conductuales.

■  
CAPÍTULO I  
■

*Análisis holista de la menopausia*



### **\* Del cuerpo.**

A lo largo de la historia de la humanidad, desde diferentes culturas, hemos decorado, vestido y modificado nuestros cuerpos de formas diversas, con propósitos culturales y sociales específicos. Citando a Bourdieu (1994), el cuerpo humano es portador de un valor simbólico y una forma de capital físico; posee poder, estatus y simbolismos distintivos que son parte integrante de la acumulación de recursos.

No obstante, los humanos, individuos o colectivos, tienen oportunidades desiguales para producir formas corporales que sean valoradas simbólicamente y se conviertan en recursos. Más aún, que estas formas corporales, que son los estados de salud y enfermedad permitan proyectar el valor del mismo cuerpo en cada momento, individual y colectivo.

En la actualidad, los cuerpos se encuentran identificados, simbolizados y clasificados según edad, género, raza, etnia. Así también, en pleno siglo XXI pueden entenderse más de un estado corporal y más de un recurso representativo en una misma persona.

Los cuerpos se construyen socialmente y de manera simultánea e incluso de manera globalizada, dan paso a diversidad de situaciones de salud y enfermedad, ocio y trabajo, emociones y sensaciones, formas de consumo, de uso de la tecnología, de estilo, de riesgos, de alimentación, educación y de calidad de vida. Es entonces que el cuerpo humano, socializado, se construye ya no dentro del ámbito privado sino desde la concepción de ser un elemento central en la construcción social, donde habrá entonces más de un actor principal; pero

que en lo privado deja de construirse, teme, no encuentra sus propias metas, no se reconoce exitoso, se cuestiona, pero las respuestas llegan a no ser claras. Ante ese mundo tan diverso y globalizado, las respuestas que buscamos pueden estar en un estado de “alta interferencia”. Es decir, el exceso de información o la ausencia de esta, generan la “no respuesta y/o la falta de comprensión”.

Pero continuemos introduciéndonos a este tema. En la recta final del siglo pasado, y considerando las implicaciones de la globalización, Burkitt (1999) menciona que los cuerpos son “cuerpos productivos” que logran realizar actividades que tienen injerencia sobre la misma naturaleza de sus vidas siendo cuerpos comunicativos, poderosos y pensados siendo las relaciones sociales las que transforman los mundos natural y social.

Bajo esta cognición, en la esfera de la salud, específicamente de los procesos fisiológicos relacionados con el avance en las etapas de la vida humana, existe una carencia en la deconstrucción de los significantes movilizados de esta área (Shildrick y Price, 1998), existen también la “alta interferencia” como ya mencionamos, que sumado hará compleja la deconstrucción de los significantes que mencionan Shildrick y Price.

10

### **\* Desde la antropología.**

Por lo anterior, dentro de la antropología se ha desarrollado una línea de atención que refiere distintos discursos que crean el cuerpo dentro de lo social, la salud, la enfermedad y la encarnación; de esto último Fox (1998) menciona que es necesario demostrar que la encarnación es provisional. Esta afirmación nos dirige al análisis de la muerte, como el miedo a la enfermedad y a fallecer, que son elementos que exhiben la vulnerabilidad de los humanos.

Dentro de la comprensión de la salud humana, el discurso de la biomedicina sobre estos temas ha tomado un lugar preponderante y dominante en los últimos siglos; pero en la actualidad se requiere de una visibilidad más amplia, pues se habla de un ente complejo, que está inserto y se construye y deconstruye a partir de la vida social. Por ello, se ha comenzado a situar a los cuerpos dentro de la atención de otras disciplinas, como la sociología, antropología, psicología, ciencias de la comunicación y demás áreas del conocimiento, áreas que son

requeridas para entender los estados del cuerpo humano, la salud, enfermedad, existencia y decadencia dentro de un mundo globalizado.

En el ámbito de la salud y la enfermedad se han realizado diversos aportes que dejan clara la multidisciplina en la salud, enfermedad y discapacidad (James y Hockey, 2007; Frank, 2004; Kelly y Field, 1996 y Turner, 1992). Así también, se ha revisado a la medicalización del cuerpo como una consecuencia de la industrialización generalizada hacia el cuerpo, es decir, pensado desde la producción, el consumo y la gobernanza social (O'Neill, 2004). De modo complementario, Hughes (2000) analiza la forma en que la biomedicina no contempla al cuerpo humano dentro de lo social y de su propia historia.

Podemos afirmar que, en este libro, se trata de analizar a la menopausia desde un enfoque holista e interdisciplinar, que nos permita centrarnos en los elementos culturales que envuelven a la menopausia y pasar de las verdades parciales a un enfoque global.

### \* **El holismo.**

En este caso, el holismo al que se hace referencia es al relacionado con el acto de la reducción de lo fenomenológico a sus principios subyacentes, de conjuntos aislados a interconexiones sistémicas; haciendo referencia incluso a la teoría de sistemas de Ludwig von Bertalanffy (1976), quien acuñó la denominación "Teoría General de Sistemas". Para él, esta teoría se constituye en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales.

Es necesario dejar en claro que, hay otro uso del término "holismo" que es émico más que ético, y que se deriva de la obra de Dumont en la India, en el cual el holismo busca no solo entender las conductas expresas sino las actitudes y virtudes internas del individuo. Este holismo en el sentido más general se refiere a un orden social particular en el que las categorías fundamentales abarcan todas las demás, que se convierten en subconjuntos de los primeros. Así pues, el conocido contraste entre *homo hierarchicus*<sup>1</sup> y *homo aequalis*<sup>2</sup> de Dumont (1966

1 *Homo hierarchicus* es un concepto desarrollado por Louis Dumont en 1966, que hace referencia a una jerarquía ascendente de castas.

2 *Homo aequalis* es un concepto desarrollado por Louis Dumont en 1996, que hace alusión a sociedades de tipo individualista.

y 1977) son un argumento para una distinción entre una sociedad en la que el individuo está comprendido.\*

Si tenemos que aclarar esto, a manera de síntesis dentro de este primero capítulo, podemos decir que analizaremos a la menopausia, como un proceso que requiere no solamente de la biomedicina sino también del análisis holista e interdisciplinar.

De esta manera, podemos construir un esquema (véase Figura 1) en el que centremos nuestro objeto de estudio, la percepción de las mujeres respecto a la menopausia, y su análisis desde las áreas biomédica, social, cultural y psicológica.

**Figura 1.**  
*Percepción holista de la menopausia.*



*Nota:* fuente de autoría propia.

Centramos al objeto de estudio, concentramos la percepción desde los diversos ámbitos; pero ¿qué pasa con la sinergia que debe estar representada entre estas esferas? El proceso de percepción no es estático y tampoco la realidad percibida se centra en una sola esfera; es decir, la percepción que una mujer puede tener con relación a si propio proceso corporal está conformado por la emisión de información desde distintos ámbitos de su vida diaria, y por la forma en que ella la procesa y la desarrolla mentalmente.

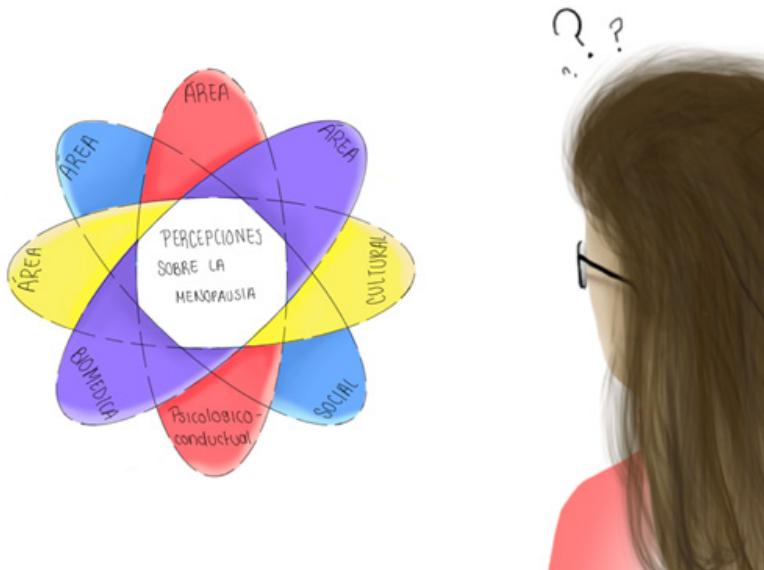
Esto nos deja clara la necesidad de una visión holista y dinámica e interactiva al mismo tiempo. Y nos regresa a la concepción de análisis basada en la existencia de sistemas confluyentes y coexistentes e incluso complementarios.

Por lo anterior, podemos mejorar el esquema y visualizar a la mujer como principal observadora y analista del fenómeno (véase Figura 2):



**Figura 2.**

*Percepción holista y dinámica de la menopausia y a la mujer como principal observadora y analista.*



*Nota: dibujo original creado para la publicación, por Emma Leyva Reyes (Instagram: @woonkyun.\_)*

Para fines de este texto, definimos a las áreas que se mencionan en el esquema (véase Figura 1) de la manera siguiente:

- **Área Biomédica.** En este caso hacemos referencia a los elementos biológicos y médicos, que conforman al proceso de la menopausia, es decir, la naturaleza del proceso mismo y la forma de ser abordada por la medicina humana, incluidas las formas médicas tradicionales.
- **Área Social.** Expresa la forma en que es concebida a la menopausia desde un orden social y la forma en que es percibida por mujeres y hombres al momento de construir cognitivamente al concepto.
- **Área Cultural.** Esta área es analizada de manera detenida respecto a la construcción del proceso menopausia concentrando elementos de orden religioso, étnico, creencias, tabús, discriminación y estigma, incluida la auto estigmatización.
- **Área Psicológico-Conductual.** Que define la forma en que las mujeres se relacionan y comportan con su ambiente haciendo especial énfasis en la etapa de la menopausia.

14

En adelante definiremos al enfoque que centrará este análisis y, desde luego, quedará claro el uso de los términos utilizados para la designación de estas áreas.



Jaramillo Betancourt, E. (2021). *Riqueza Emocional* [Fotografía].  
Colección privada

**\* Sobre las percepciones desde la Psicología.**

Percibir es la capacidad de adquirir conocimiento de una cosa, fenómeno o proceso, por medio de las sensaciones que comunican los sentidos. El hablar de percepción en el plano científico, nos conduce a revisar los diversos enfoques teóricos sobre la misma, los que en adelante se mencionan brevemente, centrándonos en aquel que es más relevante para el presente texto.

Un aspecto importante del estudio de las percepciones es comprender que estamos tratando con experiencias privadas de las personas (Dember y Warm, 1990). Es decir, son hechos encubiertos, que no son susceptibles de observarse por parte del observador, llámese psicólogo, antropólogo, o cualquier persona que interactúe con otra. Es, por así llamarlo, el “blindaje ante la otredad”.

De esta manera, el concepto percepción ocupa la posición lógica de un constructo psicológico, un mecanismo bipartito. En un primer momento se emplea para explicar ciertas relaciones entre la entrada y procesamiento de estímulos, y en un segundo momento y como proceso anterior y complementario a la conducta manifiesta.

Es por ello por lo que se requiere de cautela, sensibilidad y paciencia para desarrollar técnicas que permitan acceder de modo indirecto a dicho proceso, por medio de inferencias realizadas a partir de datos objetivos; es decir, datos que logran ser medidos.

16

Por lo anterior, en este libro se expone la forma interdisciplinaria en que se realizó un estudio a mujeres de diversos grupos etarios en una población intercultural y en un país latinoamericano con complejidades de desarrollo.

En particular, se ha tenido el cuidado de analizar los resultados de manera cualitativa y cuantitativa, considerando que son emanados de la interacción de varios factores y de todos los demás procesos que determinan la conducta, por ejemplo: el aprendizaje, memoria, motivación y la emoción.

En el caso de que las respuestas se produjeran en ausencia del estímulo, se habrá tratado probablemente de la memoria, de imaginaciones o de otra forma de información que no viene del medio, si no del interior de la persona; por lo tanto, estos casos no constituyen una percepción de un hecho en sí, afirmando esto basados en los estudios de varios investigadores dentro de la psicología (Loeches et al., 2004 y Oviedo, 2004).

La psicología se fundó como ciencia experimental a final del siglo XIX y adoptó el tono estructuralista de las ciencias físicas dominantes en la época. El estructuralismo, formulado por Wilhem Wundt, sostenía que el papel de la

psicología consistía en descubrir los elementos de la experiencia consciente y las formas de combinarlos, mediante el método de la introspección (Arias, 2006).

Existen varios enfoques de la percepción social desde un proceso selectivo, dinámico y funcional, en el cual percibir, socialmente, consiste básicamente en formular hipótesis y tomar decisiones, dicho proceso está determinado por necesidades, valores sociales, aprendizajes y, en general, por las características permanentes y temporales de los individuos (Morales y Col 1999).

### \* **Desafío del enfoque estructuralista.**

Los psicólogos de la Gestalt decidieron estudiar la percepción en términos de su organización inherente y de sus propiedades de configuración. Demostraron que los hechos psicológicos en general, y los perceptivos en particular, deben entenderse en términos de su naturaleza holística, pues descomponerlos en elementos destruía su significado esencial, teniendo entonces una explicación parcial.

La percepción, para la psicología, puede ser un hecho personal y social. Es personal cuando se hace sobre productos internos, o de la comprensión del medio directo o indirecto del individuo; es social cuando se entiende a través de los diversos mecanismos que influyen el pensar humano.

A nivel personal, la psicología ha entendido la percepción a través de dos corrientes principales: el conductismo y el neoconductismo.

- **Conductismo.** Tanto la Gestalt, como el enfoque estructuralista, usaban la experiencia subjetiva; no obstante, lo hacían como observación fenomenológica, que se centra en cómo se ven las cosas, pero no en cómo se componen. Estos dos enfoques fueron rechazados, basándose en razones metodológicas. El enfoque de John Watson<sup>3</sup>, un enfoque conductista, sostenía que la introspección y la observación fenomenológica eran mentales y, por lo tanto, no científicas (Arias, 2006).

<sup>3</sup> John B. Watson (1878 – 1958) fue un psicólogo relevante del siglo XX, su mayor aporte recalcó en fundar la Escuela Psicológica Conductista, con todo el trabajo metodológico de sustento. Realizó múltiples experimentos con el fin de conocer los procesos de pensamiento que condicionan la conducta humana.

- **Neoconductismo.** Se enfocaron en las relaciones entre estímulos y respuestas observables para usar inferencias sobre los procesos no manifiestos del organismo. A fines del siglo XX, Dember y Warm (1990) han desarrollado un enfoque nuevo y vigoroso en la psicología experimental, que se conoce con el nombre de procesamiento de la información. Este enfoque permite la comprensión de las complejas habilidades perceptivas que intervienen al operar con complicados sistemas hombre-máquina y en el desarrollo de la ingeniería de la comunicación y de los ordenadores. Se especializa en analizar cómo se codifican, almacenan y utilizan los estímulos, y trata de examinar la interacción entre los subsistemas del proceso perceptivo y entre la percepción y otros procesos, como por ejemplo el aprendizaje y la memoria.

Ahora bien, en cuanto a la percepción social, este término fue usado para indicar la influencia de los factores sociales y culturales en la percepción; es decir, la manera en que los aspectos o área social y cultural influyen en los procesos perceptuales.

18

Posteriormente, el campo se extendió e incluyó los mecanismos de percepción de los otros, la formación de impresiones, el reconocimiento de las emociones, la percepción que el individuo tiene de su medio físico y social, y más recientemente, el mecanismo de la atribución.

Surge así el aporte del término “cognición social”. Este concepto o enfoque fue propuesto por Salazar (1986), debido a que la percepción social resulta una postura incompleta e incluso ambigua, ello por la complejidad del fenómeno.

Salazar (1979), afirma que la percepción social se puede entender de tres maneras: los efectos del medio sobre la percepción, las percepciones de las personas y la percepción del medio ambiente. Los aspectos funcionales de la percepción constituyen el soporte teórico que permite explicar la relación percepción y contexto social.

Arias (2006), considera que el sujeto no actúa como reproductor, sino como creador desde sus sistemas cognoscitivos y que, por lo tanto, el

ámbito educativo se irgue como un elemento que se encarga de perfeccionar los procesos de percepción de la realidad, enfatizando la necesidad de que los procesos educativos integren a sus métodos una manera de ver el medio ambiente físico y social, ayudados de los estudios de la percepción social, con el propósito de determinar cambios en los ambientes culturales y en los contextos sociales.

Pese a la complementariedad de estos dos enfoques, la psicología suele abordarlos de manera separada. Sin embargo, dada la naturaleza del análisis que pretendemos hacer en este texto, deben unirse en un enfoque holista interdisciplinar.

El **enfoque holista interdisciplinar**, propuesto en este libro, aborda la percepción de modo integral, rescatando los elementos que cada uno de estos enfoques anteriores nos han planteado, centrándonos en el individuo y su capacidad de procesar cognitivamente lo que llega a penetrar a su ser como parte del proceso perceptivo, incluidos los factores biológicos (para el caso de estudio de procesos médicos), factores sociales, factores culturales y los elementos psico-conductuales.

Al utilizar el análisis de percepciones como un enfoque para la comprensión de problemas de salud, y de salud pública en específico, se nos obliga a contextualizar. En América Latina una de las principales metas que persiguen las políticas públicas ha sido la cobertura de los servicios públicos, sin anteponer la calidad de estos ni la satisfacción de los usuarios. Así también, los cambios socioeconómicos actuales, globalizados, han generado amplias brechas sociales que acentúan la falta de equidad económica y social, vislumbrándose un mundo ampliamente diverso, donde necesariamente el medio percibido es diferente para cada grupo. Coincidiendo con Arias (2006), uno de los ejes horizontales que inciden en las percepciones es la educación, misma que garantiza el desarrollo de los pueblos; pero en esta región ha sido poco atendida.

Por lo anterior y al hablar de salud (en este caso percepciones sobre menopausia) obligadamente hablamos de carencias educativas, y es en los procesos cognitivos donde se presentan las primeras consecuencias de estas deficiencias. La educación, pensamiento, lenguaje y simbolismo son elementos articuladores que garantizan la comprensión de procesos perceptivos y cognitivos.

Esta afirmación la podemos hacer desde el momento de analizar los aportes de Blumer (1982), Piaget (1983) y Vygotsky (1934), que generan la comprensión de los procesos cognitivos que detonan en el hombre su desenvolvimiento, crecimiento y desarrollo.

En específico, Vygotsky, pone énfasis en la consideración de lo social, que contribuye con los mediadores a transformar la realidad y la educación. Por su parte y viéndolo de modo complementario, Piaget pondera los procesos individuales y la inteligencia antes que las influencias externas.

Estos aportes, complementarios no excluyentes, nos hacen retomar al interaccionismo simbólico de Blumer (1982) que es un proceso por medio del cual los humanos interactúan con símbolos para construir significados. Es decir, a través de los símbolos con los que interactuamos, se adquiere información y se facilita la generación de ideas, experiencias, sentimientos.

Esta interiorización de simbolismos se da a partir de tres ideas centrales: 1) las conductas de los individuos están sujetas al significado que les otorguen a los objetos de su mundo; 2) el significado que estas cosas reciban para el sujeto depende de su interacción social con otros sujetos de su entorno y 3) los significados dependen de la experiencia social del sujeto.

Es importante mencionar que, son varios los estudios que visualizan al interaccionismo simbólico como enfoque social positivo para fundamentar el análisis dentro del ámbito de la salud y más aún en países con diversidad geográfica, social, cultural y de desarrollo (Parsons, 1982; Mummert, 1998; Castro, 2001).

Con lo anterior, nos hemos ubicado respecto al enfoque que tendrá el análisis de la percepción de las mujeres sobre la menopausia como un proceso más que meramente biológico. En los capítulos siguientes, segundo y tercero, se desarrollarán cada uno de los aspectos que se observan en el esquema de percepción holista y dinámica de la menopausia (véase Figura 1), donde se ubica a la mujer como principal observadora y analista.



Jaramillo Betancourt, E. (2021). *La presencia de mujer, en todas direcciones*.  
[Fotografía]. Colección privada



■  
CAPÍTULO II  
■

Percepción de mujeres sobre  
la menopausia



México es un país megadiverso en varios aspectos, biológica, geográfica, social y culturalmente. Es aquí, y más específicamente en Chiapas, estado que representa a esta diversidad en su totalidad, donde se realizó un estudio de la percepción que tienen las mujeres sobre la menopausia. Sabemos que esta diversidad concentra el ambiente en el que se desenvuelven mujeres y hombres durante toda su vida y que cuentan, desde el nacimiento, con un legado cultural complejo, histórico y transfronterero, pues pertenecemos a Latinoamérica.

25

Los latinoamericanos sabemos que no somos; pero nos hace falta poder concentrar esa amplísima diversidad cultural para definir claramente nuestra identidad. No obstante, hemos avanzado mucho en ello. Citando a Tümermann (2007):

*“<No somos europeos... no somos indios... Somos un pequeño género humano>, decía Simón Bolívar. Poseemos un mundo aparte, cercado por dilatados mares, nuevo en casi todas las artes y ciencias, aunque, en cierto modo, viejo en los usos de la sociedad civil. Ese <pequeño género humano> de que hablaba Bolívar es en realidad la raza mestiza, aunque mucho tiempo debía transcurrir antes de que los latinoamericanos nos reconociéramos como tales y más aún para que comprendiéramos las potencialidades creadoras del proceso de mestizaje y lo transformáramos en motivo de legítimo orgullo”.*

Esta riqueza que nos ofrece la diversidad deja en claro que es ardua la tarea de distintas disciplinas científicas para continuar conociendo lo que pensamos, hacemos, buscamos y logramos; así también lo que nos acecha, lo que nos impide el desarrollo completo, si es que impedimento alguno hay, ya que pareciera que debemos también encontrar lo que para nosotros es el desarrollo y para qué lo buscamos. Es entonces que América Latina es tierra de mestizaje, de encuentro de pueblos y culturas, y en esta naturaleza finca su esperanza.



26

Jaramillo Betancourt, E. (2021). *Vamos y venimos*. [Fotografía].  
Colección privada

Esta breve introducción al presente capítulo no tiene la intención de cambiar la temática que nos ocupa, sino de dejar en claro el contexto en el que nos encontramos como pueblo y que representa nuestro ambiente, percibido con diferencias sutiles o grandes abismos según sea el caso. Es justo aquí donde toma relevancia nuestro interés de estudio: ¿qué percibimos cada uno, de un

mismo escenario, de un mismo proceso, de un mismo concepto, incluso de nosotros mismos insertos en ellos?

El estudio que acá describimos se realizó en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México; ciudad media, cosmopolita, que, de manera empírica, y aún sin darse cuenta, trabaja arduamente por el logro de la interculturalidad [*entendida como la interacción entre culturas y el proceso de comunicación ante diferentes costumbres, de modo horizontal, es decir, ningún grupo está por encima del otro, promoviendo la igualdad, integración y convivencia*].

Se entrevistaron a un total de 100 mujeres, de población abierta, durante el primer trimestre del año 2020. Como dato importante, se concluyó el levantamiento de la información justo antes de iniciar la cuarentena por la pandemia COVID-19 (20 de marzo 2020), que unió al mundo entero en un trabajo colectivo para evitar el mayor número de muertes posible.

Las entrevistas fueron estructuradas, partiendo de un modelo de investigación holista, cualitativo, con enfoque fenomenológico y se dirigieron a dos grupos etarios de mujeres: las jóvenes de 18 a 39 años (edad promedio 23 años) y de 40 o más (edad promedio 62 años); para fines prácticos, **al primer grupo le llamaremos grupo A y al grupo de 40 o más le llamaremos grupo B**. De esta manera, las preguntas incluían variables posibles de responder para cada grupo etario, teniendo variables en común que nos sirvieron para poder realizar un análisis comparativo y preguntas que aplican únicamente para mujeres que estaban experimentando, o habían experimentado, el proceso de la menopausia.

Respecto a la lengua materna de estas mujeres, únicamente el 4% indicó ser de habla tzotzil o tzeltal. El 96% tiene al español como lengua materna. Su adscripción religiosa es el catolicismo en un 92%; el 5% son cristianos, 1% es pentecostés y el 2% sin religión.

En cuanto al nivel de estudios, 4% cuenta con posgrado; 8% educación primaria; 10% educación secundaria; 1% sin escolaridad y 77% con nivel universitario (de este porcentaje 65% son aún estudiantes). Es importante mencionar que es un alto porcentaje de mujeres que han superado la educación universitaria, más aún si tomamos en cuenta que Chiapas tiene a la pobreza

como uno de los factores principales que se vinculan al rezago educativo. De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Chiapas se encuentra en los primeros lugares de rezago educativo en el país. En este estado, más del 50% de la población mayor de 15 años, no cuenta con estudios de secundaria<sup>4</sup> (CONEVAL, 2020).

En cuanto a la ocupación, 16% son amas de casa, 16% comerciantes, 8% docentes, 6% jubilados, 8% personal administrativo; 4% empleadas en comercios establecidos. El porcentaje restante, 58%, corresponde a estudiantes universitarias.

**En adelante iremos analizando cada uno de los hallazgos relevantes en el estudio:**

**\*\* El gusto por la edad que tienen.**

- Del grupo A, al 8% no le gusta la edad que tienen; al resto 92% si le gusta su edad, ya que refieren que es la etapa más bonita de la vida en una mujer.
- Del grupo B, al 76% si le gusta su edad ya que consideran que han logrado muchas cosas buenas en su vida; al porcentaje restante (24%) no les gusta la edad que tienen ya que refieren querer ser más jóvenes y porque sufren enfermedades por su edad.

Respecto a la etapa de la vida que les ha gustado más: en general, el 42% menciona que la juventud, la adolescencia principalmente; seguido del 24% que menciona que la niñez. El porcentaje restante, lo relaciona con la etapa de haber sido madres (17%), o bien, con haberse integrado a una nueva religión (4%), o con haber obtenido un empleo (4%). Únicamente el 9% refiere que les han gustado todas las etapas de su vida.

**\*\* Conocimiento sobre la menopausia y definición.**

Primeramente, definiremos Menopausia como la desaparición de la ovulación y por tanto de la menstruación y de la capacidad reproductiva de la mujer. Normalmente se presenta entre los 40 y 50 años. De modo más

<sup>4</sup> Porcentajes considerados sobre 1, 900, 000 habitantes; población de Chiapas.

específico, dentro de la medicina, se considera como la etapa en la mujer, donde los ovarios dejan de producir hormonas, estrógeno y progesterona, dejan de tener menstruaciones y con mayor frecuencia sucede después de los 45 años. Se llega a la menopausia, cuando se deja de menstruar por un año. No obstante, por varios años previos, se experimentan cambios y síntomas como son: 1) cambio en los períodos menstruales; 2) calores y sudoración nocturna; 3) dificultad para dormir; 4) sequedad vaginal; 5) cambios de humor; 6) dificultad para concentrarse y 6) menos cabello y mas vello facial. No obstante, cada organismo tiende a manifestarse de modo peculiar.

Dentro del estudio, el 4% del total de entrevistadas, no saben qué es la menopausia y por ende no la definen. El 96% si saben lo que es y la definen como “es la época en que se va la menstruación”, y agregan, en algunos casos, la presencia de bochornos, irritabilidad y descompensación hormonal.

Paradójicamente, respecto a la identificación de síntomas el 14% afirma no conocer los síntomas; el porcentaje restante identifica de manera común a la falta de menstruación, bochornos, cambios hormonales y éstos generan estados de ánimo cambiantes.

Los resultados en este apartado muestran que la población de estudio cuenta con conocimiento sobre signos y síntomas más frecuentes de la menopausia, no así con un concepto que lo ubique dentro de su cotidianidad y mucho menos por haberla obtenido de fuentes válidas. Esta realidad no tiene relación con la edad, ni con el nivel de escolaridad de las entrevistadas.



30

Jaramillo Betancourt, E. (2021). *Intrépidas y fuertes*. [Fotografía]. Colección privada

**\*\* Consideran una buena etapa de la vida pasar por la menopausia.**

Únicamente el 6% piensa que es una buena etapa porque dejan de menstruar; el porcentaje restante (94%) perciben a la menopausia como una etapa muy complicada porque se producen muchos cambios que afectan física y emocionalmente, e incluso perciben que las mujeres son incomprendidas en esta etapa y llegan a sufrir depresión.

Los cambios hormonales afectan la estabilidad emocional, lo que genera situaciones de mal humor e hipersensibilidad que se manifiestan no solamente en época premenopáusica o menopausia, sino en todos aquellos momentos de la vida de la mujer en que se generan de modo abrupto estos cambios hormonales, como son los embarazos o las primeras menstruaciones.

Estas alteraciones hormonales, son también en algunos casos, detonantes de patologías como ansiedad, depresión, conflictos internos de identidad y autoestima. Esto, a la vez, si no se tiene control sobre la situación,

nos lleva a conflictos interpersonales que hacen más compleja la situación por la que se atraviesa.

## **\*\* Tristeza.**

Respecto a experimentar esta emoción, el 3% menciona que no han sentido tristeza, mientras que el 97% si la ha experimentado; este porcentaje asocia a la tristeza con la muerte de algún familiar (9%), con enfermedades (9%) y el 82% restante lo relacionan a múltiples causas, pero siempre relacionadas con la familia.

Aunque los resultados arrojan un alto porcentaje de mujeres que afirman que han experimentado tristeza, son varios los estudiosos que mencionan que “casi todo el mundo piensa que sabe que es una emoción hasta que intenta definirla” (Wenger et al., 1962); y la tristeza es precisamente una emoción.

Esto nos lleva a platicar sobre la psicología de las emociones, una de las áreas con gran número de teorías; pero con conocimientos menos precisos, quizá por la misma naturaleza del objeto de estudio. En este caso, al estar abordando un tema tan importante dentro del área de la salud, vale la pena comentar que el área de las emociones es una de las de mayor interés en la investigación y para el área médica, de modo específico en la promoción de la salud y la génesis de la enfermedad.

Se ha demostrado que los procesos emocionales tienen relevancia en alteraciones del sistema inmunológico, trastornos coronarios, diabetes, trastornos del sueño y trastornos del dolor (Tejerizo et al, 1992; Fernandez-Abascal, 1993; Fernández et al 2000 y Larroy et al, 2004), por mencionar solo algunos.

Es así como nos cuestionamos entonces cuán importante es atender a la tristeza, más aún en un período menopaúsico, que en la mayoría de las ocasiones está asociado a la vejez y a trastornos hormonales que pueden llegar a ser severos. En este estudio, es clara la relación de la tristeza con eventos familiares como la muerte o las enfermedades.

Un elemento más es reconocer que las emociones, en este caso la tristeza, puede representarse de varias formas y niveles. 1) A nivel físico

expresado en llanto, retardo psicomotor, rostro abatido, inapetencia, problemas del sueño; 2) a nivel mental, ya que hay una focalización de la atención en el problema, dificultad para mantener la calma y la presencia de pensamientos intrusivos o fatalistas; 3) a nivel conductual, con desmotivación en realizar actividades cotidianas, sobre todo aquellas relacionadas con el evento productor de la tristeza.



32

Otro componente estrictamente relacionado a las emociones es la concepción y sensación de éxito.

Jaramillo Betancourt, E. (2021). *Entre la edad y la actitud*. [Fotografía]. Colección privada

### \*\* Se perciben exitosas.

El 44% de mujeres  $\geq 40$  años no se consideran exitosas y en  $\leq 39$  años solo el 20% no se considera exitosa (12% menores de 20 años). La mayor parte de las mujeres asocia el éxito con los logros laborales y con los hijos tenidos, o que programan tener en un futuro.

En la actualidad, la sociedad conceptualiza al éxito relacionándolo con el crecimiento económico, concibiendo a la naturaleza, al mismo humano

como elementos para el desarrollo, el crecimiento, el empoderamiento material. Esta es la mistificación del éxito. Desde su origen, la palabra éxito proviene del latín *exitus*, que significa el vencimiento de una adversidad y por lo tanto una culminación, un logro.

Por otra parte, y complementando esta idea, tenemos a la inteligencia emocional (Goleman, 1995), la cual es capaz de reconocer y regular nuestras emociones; es decir, los humanos contamos con la habilidad de tener autocontrol, empatía y buenas relaciones sociales. Ante esto, Goleman (1995), afirma que este tipo de inteligencia cobra mayor importancia que la inteligencia académica, ya que nos permite participar dentro de la trama social en la que estamos insertos y de ella depende el logro de nuestras acciones, el crecimiento y el desarrollo de un ambiente armónico y en paz.

Bien, entonces, es momento de repensar, reconceptualizar al éxito y reordenar nuestras acciones para su logro. Tomando en cuenta a Goleman, la inteligencia emocional es demostrada no solo por quienes son líderes sobresalientes, sino también por quienes se desempeñan día a día de modo sobresaliente.

33

Por lo anterior, en pleno siglo XXI, es necesario considerar al éxito como la serie de acciones que un individuo realiza para alimentar su inteligencia emocional, generar espacios armónicos, así como auto evaluarse y felicitarse por cada uno de sus logros cotidianos. Ante ello, tener hijos o desenvolverse laboralmente serán metas y no fines dentro de la felicidad, la armonía y el éxito esperado por nosotros mismos.

### **\*\* Temor a la vejez, gerontofobia.**

El 68% de mujeres jóvenes (grupo A  $\leq$  40) no le temen a la vejez, haciendo énfasis en que se trata de una etapa natural en la vida de todos y quieren llegar a esa etapa para ver sus logros. El porcentaje restante corresponde a mujeres que si le temen a la vejez, porque consideran que serán mas débiles en esa etapa.

El 15% de mujeres del grupo B ( $\geq$  40 años) no le temen a la vejez porque les genera dicha llegar a esa edad y disfrutan de ver el crecimiento de

sus hijos. El porcentaje restante (85%) le teme a la vejez porque se presentan muchas limitaciones y enfermedades, centran su temor en el déficit de salud y el incremento de la dependencia de los otros.

Es importante mencionar que 30% de las mujeres mayores de 40 años afirman sentirse jóvenes, y el porcentaje restante menciona que “ya son grandes”. El concepto grande evade a la condición de estado de adultez o vejez, y lo deja en una connotación subjetiva.



Jaramillo Betancourt, E. (2021). *Sin edad... solo formas*. [Fotografía].  
Colección privada

Una fobia es un temor irracional que afecta directamente a la calidad de vida de las personas que la padecen. En este caso, la gerotofobia es el miedo a las personas viejas o a envejecer; las personas que lo experimentan se horrorizan con los cambios que sufren debido al avance de la edad.

Algunos cambios por los que sienten temor pueden ser: llegar a depender de los demás, la pérdida de movilidad, cambios en su apariencia y el deterioro de la salud. La mayoría de estos cambios son los temidos por las mujeres que participaron en el estudio. Y este temor, asociado a la muerte, también está presente en este grupo.

### **\*\* Temor a la muerte, Tanatofobia.**

Con relación a este temor, las mujeres jóvenes (grupo A  $\leq$  39) que le temen a la muerte representan el 48%, en su mayoría debido a la incertidumbre que les genera, la tristeza de dejar sus proyectos inconclusos y de que sus familiares sufran. El porcentaje restante no le teme a la muerte porque lo consideran un proceso natural.

Del grupo B ( $\geq$  40 años), el 88% le teme a la muerte, las causas del temor las relacionan con aspectos puramente familiares. El 12% que no le teme a la muerte, afirman esta realidad con su fe religiosa.

El nombre con que se le conoce al miedo a morir es tanatofobia, pero no siempre es una fobia. Casi todo el mundo le tememos a la muerte; algunas personas le temen más que otras; lo cierto es que cierto grado de temor es saludable, pues hace que no te expongas a peligros de manera innecesaria.

No obstante, cuando el miedo altera drásticamente la forma en que vives, entonces se convierte en una fobia necesaria de atender. Por ejemplo, si comienzas a evitar situaciones sociales, actividades cotidianas, acercamiento social.

Algunos de los síntomas de la tanatofobia, son:

1. Ansiedad al pensar en la muerte o frente a situaciones o actividades relacionadas con ella.
2. Necesidad de controlar cualquier tipo de dolor.
3. Preocupación constante por la muerte.
4. Crisis de pánico ante la conciencia de la muerte.

Dentro del grupo en estudio, las mujeres mayores de 40 años presentan en mayor porcentaje temor a la muerte y a la vez temor a envejecer, fenómeno que suele presentarse después de los 30 años.

Y ¿qué pasa con relación al dolor?, dentro de estos miedos, el dolor debería representar un foco de alarma, mayormente si el dolor es físico, de ahí que existe la algofobia, miedo al dolor, mayormente presente en ancianos.

Pero veamos cómo perciben el dolor las entrevistadas en este estudio.

### **\*\* Con relación al dolor.**

Al momento de abordar la percepción respecto al dolor, es muy bajo el porcentaje de mujeres que relaciona al concepto con únicamente el dolor físico (Grupo A=8% y Grupo B=24%). El porcentaje restante y mayor lo relaciona con “malestar emocional y espiritual” antes que con malestares físicos.

Cuando hablamos del dolor, nos sumergimos a un abismo complejo, por una parte, dentro de la medicina se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial. Por tisular se refiere a los tejidos del organismo, es decir, para la medicina el dolor puede ser sensorial y emocional, pero siempre asociado a los tejidos del organismo.

No obstante, es común utilizar al dolor para referir otro tipo de impresiones de índole subjetivo. La percepción del dolor es altamente compleja, subjetiva y diversa entre las personas que lo sufren, aun cuando el origen de ese dolor sea este mismo. Existen diversidad de formas de percibir y responder al dolor.

Ante esta diversidad, dentro de la medicina, específicamente dentro de la neurología, podemos encontrar a *grosso modo*, dos tipos principales de dolor (Del Arco, 2015):

- a) Dolor neuropático. Causado por una alteración primaria a nivel del sistema nervioso periférico o central (ardor, quemazón, pinchazos, sensación de electricidad, frío o calor inexplicables, estímulos táctiles, respuesta exagerada, entre otras características particulares del dolor).

- b) Dolor nociceptivo. Este tipo de dolor puede ser a su vez de dos formas distintas: somático, el cual es secundario a estímulos, por lo tanto, bien localizado, continuo, y varía con el movimiento. O bien, puede ser visceral secundario a la alteración de una víscera u órgano, por lo que es levemente localizado, continuo, y no presenta variación con el movimiento.

También, si tomamos en cuenta al tiempo de permanencia del dolor, encontramos al dolor agudo (tiene función protectora y se refleja por consecuencia de una enfermedad, inflamación o lesión de un tejido) y al dolor crónico (no tiene función protectora, puede perpetuarse, más que un síntoma debe considerarse una enfermedad).

A pesar de que existen estos tipos de dolor y hemos visto la definición que hacen de éste, en la actualidad el dolor se entiende como un fenómeno complejo, donde el individuo no solo tiene la experiencia perceptiva, sino también afectiva, que a la vez se relaciona con aspectos biológicos, psíquicos y socioculturales (Melzack y Wall, 1965 y Melzack y Casey, 1968).

Dentro de este marco, reconocemos entonces a variables cognitivas y emocionales que juegan un papel importante dentro de la percepción y la tolerancia al dolor; y de modo especial, se ha relacionado claramente que una experiencia dolorosa de mayor proporción puede generar falta de expresión emocional.

En este estudio, las mujeres entrevistadas, en su gran mayoría, asocian al dolor con elementos precisamente de orden emocional dentro del plano socio cultural, “malestar emocional y espiritual”, antes que con malestares físicos.

Paradójicamente, de manera específica mediante la pregunta de dolor experimentan con mayor frecuencia, las entrevistadas explican: 1) en un porcentaje alto (65%), las mujeres  $\geq 40$  años refieren una alta frecuencia de dolor en piernas. Mientras que las mujeres del grupo de  $\leq 39$  refieren a las cefaleas como el dolor con mayor frecuencia (70%). Los porcentajes restantes en ambos casos hacen referencia a dolores de tipo emocional relacionados con la muerte o enfermedad en familiares, el divorcio o situaciones relacionadas con los hijos.

## **\*\* Desde las experiencias con la menopausia.**

Quedándonos únicamente con el grupo B, mujeres  $\geq 40$  años, enfocaremos el análisis de percepciones relacionados con la menopausia, sus síntomas y atención médica.

La mayoría de las entrevistadas (95%) al preguntarles cómo se sienten no describen alguna categoría de bienestar, únicamente hacen referencia a síntomas propios de la menopausia, que en orden de frecuencia tenemos:

1. Fatiga
2. Bochornos
3. Alternación nerviosa
4. Amenorrea<sup>5</sup>

Con relación a los dolores sentidos, en orden de frecuencia tenemos:

1. En piernas
2. En rodillas
3. En todo el cuerpo
4. En cabeza.

Las recomendaciones que ellas mismas dan a las mujeres que están dentro del proceso menopaúsico son reflejo de lo que ellas realizan y que experimentan para sentirse bien. Los consejos referidos son:

1. Ocuparse en actividades diversas
2. Visitar al médico
3. Hacer ejercicio
4. Encomendarse a Dios<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Ausencia de la menstruación. Puede darse por causas naturales como la menopausia como por problemas de salud.

<sup>6</sup> Esta última recomendación está relacionada a las mujeres que fundamentan su día a día con la religión que profesan (cristianismo).

No obstante lo anterior, el 100% afirma recurrir al médico únicamente cuando están enfermas y cuando el dolor de alguna parte del cuerpo es muy fuerte. El uso de medicina alternativa está representado por el 45% de ellas, afirmando que utilizan té, masajes y ungüentos. El uso de la medicina alópata lo refiere el 55% del grupo, pero de nuevo aclaran que únicamente cuando están enfermas; y solo el 15% lo indica para el control de la menopausia.

Algunos estudios (Cautela y Groden, 1985; Cano, 1996; Camuñas et al., 2001; Carnicer et al., 2002 y Larroy et al., 2004) han afirmado que la terapia ocupacional (lo que nuestras entrevistadas tienen muy claro) y mantenerse informadas de alternativas para el acompañamiento médico, son elementos que disminuyen o eliminan algunos de los síntomas que generan malestar a las mujeres que se encuentran dentro del proceso menopáusico.





Jaramillo Betancourt, E. (2020). *Edades y posiciones distintas... pero todo con un sentido*. [Fotografía]. Colección privada.

40

### **\*\* A manera de conclusiones del estudio.**

La menopausia es percibida como una etapa en la que la presencia del dolor, sofocos, bochornos y cambios de humor son una constante, y que, además, se asocia con la vejez, a la cual se le teme principalmente por las pérdidas de la independencia y la salud. Así también, acerca los pensamientos hacia la muerte, que, a pesar de ser inevitable y natural, como las entrevistadas lo mencionan, se le teme especialmente por el apego a la familia.

La menopausia genera una serie de cambios en las distintas áreas de la existencia de las mujeres. Desde luego que impacta a todas estas áreas iniciando con la biológica, ya que el organismo sufre cambios que llegan a mermar la salud y en ocasiones de manera grave, ya que los antecedentes de desnutrición, sobrepeso y sedentarismo, muy comunes en países como los latinoamericanos, se asocian a problemas de salud crónicos y/o degenerativos.

Sin duda alguna, la vulnerabilidad es una variable clave, que podemos entender como principio explicativo de todos los cambios percibidos y experimentados. Las mujeres no solamente se enfrentan a los cambios biológicos, sino también a una serie de cambios en sus roles socioculturales, en los alcances físicos y en la autopercepción, misma que conlleva a momentos de autoevaluación, de una profunda reflexión de la vida que ha llevado, de sus logros y de lo no logrado. Todo ello genera un ambiente de vida que impacta en el área psicológica conductual. Este es un ambiente propicio para confrontar las necesidades de independencia y la reafirmación personal, en el ámbito familiar y laboral (Gómez et al, 2008).

De esta manera, podemos afirmar que iniciar, transcurrir y culminar el proceso de la menopausia tiene implicaciones fuertes para las mujeres, y en muchas de las ocasiones no cuentan con un respaldo integral que les permita contar con una buena calidad de vida.

Todo este proceso es el inicio, también, de una fase de vida llamada vejez, donde las expectativas de vida se reducen, la dinámica familiar sufre cambios importantes y, de alguna manera, son percibidos como condicionantes nuevos en la vida de las mujeres.

41

Durante esta etapa, comúnmente se manifiestan procesos psicológicos como inseguridad, tristeza y depresión. Esta última es un signo frecuente en esta etapa y varios estudios demuestran que existen formas psicológicas y fisiológicas de tratarlo (Miguel-Tobal y Casado, 1994; Zhang et al., 2003; Hernández et al., 2003).

De esta manera, la concepción biológica y médica de la menopausia queda rebasada, y pasan a considerarse de primer plano todos aquellos cambios, confrontaciones, retos, dolores, dentro de las áreas sociocultural y psicológico conductual.

Desafortunadamente, y visto también como hallazgos de este estudio, no recurren a ayuda médica que les permita acompañarlas para el desarrollo de un proceso inevitable pero que puede mejorar en gran medida su calidad de vida.

Las percepciones sobre vejez, muerte, dolor y menopausia no tienen relación alguna con el nivel de escolaridad, la religión o el empleo. No obstante, si existe una relación estrecha con el apego a la familia. La vida familiar, en cualquier edad y en cualquier nivel de escolaridad de las mujeres, es un parteaguas para su estado psicológico, emocional y conductual.

El temor a la muerte ha sido una constante para la población humana. El temor por morir o por que un familiar o amigo muera, está presente en la mayoría de las personas; no obstante, la muerte se considera buena o mala dependiendo de los parámetros culturales. Toda muerte se establece dentro de un ritual y en el pensamiento simbólico, que se desencadena en incorporar al difunto en un mundo junto a los antepasados, o bien, ubicarlo en el olvido.

Las entrevistadas en este estudio dan pauta a dos momentos de relación de sus percepciones respecto a la muerte: la muerte de algún familiar o amigo, que les genera tristeza, y la muerte propia que les genera miedo. Esto puede ser explicado desde Freud (1979), quien entiende que la muerte no es un proceso de transferencia de espíritu, sino que, el proceso de comprensión de esta es crucial para entender por qué solamente pensamos en la muerte cuando se hace visible ante uno mismo.

42

Desde otra óptica, complementaria y en ningún momento contrapuesta, Lévy-Strauss (1955), expresa que la muerte está ligada a la vida cultural y social de todos los individuos, de sus creencias sobre la familia, la religión, los mitos, y por ello todo proceso de muerte es repensado dentro del grupo al que uno pertenece.

A la vez, Geertz (2003), encuentra que la muerte conlleva a pensar en las deferencias simbólicas que la representan, de tal forma que la valorización o el temor, incluso el odio, pueden estar dentro de las estructuras de su cosmovisión, simbolizados en su religión y expresados en todo un estilo de vida.

Definitivamente, el temor a la muerte, a morir uno mismo, tanatofobia, está explicada por la complejidad social que entrama a la muerte como una institución social. Recordemos que las mujeres entrevistadas en este estudio llevan consigo dos formas de percibir a la muerte, la primera genera tristeza por

tratarse de la muerte de otro, y la segunda, el temor a la muerte propia, genera miedo por dejar de ver y estar con sus familias.

Lo anterior refleja precisamente lo que afirman todos estos autores, y cuando hablamos de la institucionalización de la muerte estamos citando a Malinowsky (1926), entendiendo esta institucionalización como estructurada por un conjunto de normas sociales que determinan todo el ritual mortuario delegando, incluso, funciones a familiares y deudos.

La experiencia de las mujeres con la menopausia [*antes que percibirla como una etapa de la vida que puede ser médicamente acompañada para tener mejor calidad de vida*], es una etapa en la que se sienten más cercanas a la vejez y por ende a la muerte. El temor que se genera es tanto por presentarse vulnerables y con problemas de salud en la vejez, como por la muerte y, con ello, apartarse de sus familiares.





■  
CAPÍTULO III  
■

Menopausia y la cultura del miedo:  
Gerontofobia y tanatofobia



El presente capítulo dará inicio con la discusión relativa a la cultura del miedo, desde distintas disciplinas que permitan comprender el origen, cognición y expresión del miedo.

Uno de los aspectos distintivos de la raza humana es la capacidad de comprender a la muerte y las reacciones emocionales que implica. Los estudios sobre el temor a la muerte han permitido observar la evolución que éste ha tenido a lo largo del tiempo. Iniciaremos con la exploración del siglo XX y siglo XXI en cuanto a la forma en que se ha comprendido, e incluso las dimensiones de este temor. Posteriormente nos detendremos a explorar la relación entre el miedo a la muerte y la edad cronológica de las personas; así como la relación con la religiosidad. Terminaremos tomando un espacio para explicar lo referente a la gerontofobia y tanatofobia desde la psicología. Todo ello comentando la relación con los hallazgos en este el estudio que se expuso en el capítulo II. Recordemos que, en ese capítulo, se revisaron datos objetivos de las entrevistas realizadas, así como expresiones con marcada subjetividad, realidad explicada dentro de la fenomenología, ya que la sociedad existe como una realidad objetiva y subjetiva, y por ello, deben ser analizadas para la comprensión adecuada de ella (Berger y Luckmann, 1979).

\*\*\*

“El inconsciente cada persona está convencida de su inmortalidad, ya sea porque se le teme demasiado a la muerte, o bien, porque no se le teme lo suficiente” (Freud, 1961). Partiendo de esta aportación freudiana, a mediados de los años 70 del siglo pasado (sXX), Elizabeth Kübler-Ross (1969) generó varios aportes para el entendimiento de este proceso, y en su libro “Sobre la muerte y los moribundos”, logró definir cinco etapas del duelo ante la muerte propia o la de un ser querido: negación, enfado, negociación, depresión y aceptación.

Para 1972, Kastenbaum y Aisenberg, en su obra “La psicología de la muerte”, hicieron un análisis de la relación entre diferentes culturas con la muerte [el sistema de la muerte] y enfatizan que todas las culturas tienen una red social cuya función es advertir, educar o prevenir la muerte. Desde lo social, este sistema incluye la disposición y eliminación del cuerpo, la reconstrucción social y la racionalidad de la muerte.

Años más tarde Hoelter (1979), identificó ocho dimensiones del miedo a la muerte, dentro de los cuales están:

48

- Miedo al proceso de morir. Que generalmente es el miedo a sentir dolor físico, mental y emocional, y a padecer una enfermedad que a su vez implique dolor.
- Miedo a los muertos (implica el miedo de ver cadáveres humanos y/o animales).
- Miedo a lo desconocido (miedo a lo que no tenemos experiencias previas).
- Miedo a la muerte prematura (siempre relacionado con los deseos de haber logrado objetivos y metas de vida).
- Miedo por la descomposición del cuerpo después de la muerte.
- Miedo a la muerte de seres queridos (apego a la familia y amigos cercanos).

- Miedo a la destrucción del cuerpo muerto (disección, cremación del cuerpo).
- Miedo a la muerte consciente, es decir, a ser declarado muerto sin estarlo, por ejemplo, en pacientes con catalepsia, que aparenta la muerte incluso por la pérdida de signos vitales; pero aún se tiene conciencia.

Existe un amplio número de autores que aportaron, en distintos momentos de la historia, elementos que nos permiten observar la transición de la conceptualización, comprensión y temor a la muerte. En adelante hacemos una breve reseña de los considerados componentes del miedo:

- Fiefel (1959): Cese del dolor y la agonía; pérdida de control; castigo y soledad.
- Pandey y Templer (1972): Preocupación por escapar; miedo depresivo; preocupación sobre la mortalidad; sarcasmo.
- Hoelter (1979): Miedo al proceso de morir; miedo a lo desconocido; miedo por personas significativas; miedo a la muerte consciente; miedo a ser destrozados; miedo por sus cuerpos después de la muerte.
- Ramos (1982): Preocupaciones cognitivo-afectivas acerca de la muerte; preocupaciones sobre el cambio del aspecto físico; toma de consciencia del paso del tiempo; preocupación sobre el dolor.
- Collet y Lester (1984): Distinción entre el miedo a la muerte y morir de uno mismo, el miedo a la muerte y el morir de otros.
- Tomás-Sábado y Abdel-Khalek (2007): Miedo/ansiedad ante la propia muerte; ante la muerte de otros; ante el proceso de muerte, propia o de otro.
- Fuerer y Walker (2008): El miedo como emoción y como experiencia; el miedo en personas hipocondriacas; trastornos de ansiedad, pánico y miedo a la muerte.

- Antón (2015): El miedo como evitación está presente en los humanos y animales; la diferencia es que los primeros realizan una gestión cultural transformando la emoción en sentimiento. La especie humana ha intentado exorcizar esta emoción a través del mito y el rito. El reto de las sociedades actuales es liberarlo del secuestro que lo han sometido los poderes económicos y políticos.
- Nieto (2015): Dentro de los componentes del miedo, están la experiencia subjetiva, cambios fisiológicos, expresiones observables e intentos de evitar o escapar de ellas.

Lo anterior da cuenta de algunos de los estudios dentro del área de la tanatología. No obstante, también podemos hablar del miedo desde la sociología y la antropología, como una construcción social. El miedo representa una de las emociones básicas del ser humano y está asociado a la angustia, ansiedad y pánico, sentimientos que, por así decirlo, son formas de expresión del miedo.

50

Dentro de estudios de psiquiatría y psicología, se considera a la ansiedad y la angustia como el miedo anticipado, es decir, el presentimiento o la proximidad a algún peligro. Por su parte, el pánico es un nivel extremo de expresión del miedo y puede o no ser parte de un peligro real (André, 2005).

La memoria tiene la capacidad de hacer aparecer lo ausente, es decir, generar imaginarios y su evocación produce creencias, estando con esto en el terreno de la cultura. Como lo afirma Renguillo (1998), *“los miedos son individualmente experimentados, socialmente contruidos y culturalmente compartidos”*; podemos estar a salvo y, sin embargo, ser presa de miedos ante la imaginación de un mal. Es precisamente esa imaginación lo que nos ubica como parte de colectivos sociales.

Los miedos son contruidos a partir de experiencias dentro de condiciones objetivas y subjetivas. Las manifestaciones objetivas, en el caso que nos ocupa, la menopausia asociada a la vejez y ésta a la muerte, configuran representaciones sociales que fundamentan las formas de percibir, imaginar y relacionar al individuo con su entorno, que pueden en un momento asociarse con situaciones de peligro. Estas representaciones, imaginarios de situaciones malélicas, no son ficciones, ilusiones o fantasías en torno a [menopausia-vejez-

muerte], sino parte de una tensión social preestablecida con relación a la mujer, sus roles sociales, su imagen su belleza o su estatus, elementos que socialmente se relacionan con la edad de la mujer.

La triada menopausia-vejez- muerte, está enmarcada en una serie de estereotipos como formas de discriminación, con acciones verbales [expresiones despectivas como, sarcasmos, insultos: “menopáusica”, “vieja”, “ruca”, “vejete”; o ridiculización] y no verbales [abandono, relegación, desamor, condicionamiento]. Esto implica descalificar y segregar a las mujeres con marcadas fronteras entre un grupo etario y otro; y que obviamente manifiestan diferencias sociales. No cabe duda de que estos estereotipos tienen una fuerte carga subjetiva, representaciones e imaginarios generalmente infundados; pero ¿qué son los componentes que generarán una condición de miedo a pasar por este proceso y ser etiquetadas por la sociedad próxima (con la que conviven día a día) y la distal (a través de lo que se publica en medios de comunicación masiva)?



### \*\*\* Miedo a la muerte y su relación con la edad.

Según Lester (1967), la edad afecta a las actitudes sobre el miedo a la muerte de forma dinámica hasta que el desarrollo mental se ha completado en un individuo; es a partir de este momento cuando se da mayor importancia a los factores de personalidad y experiencias de vida como determinantes.

Por su parte Feifel y Brascomb (1973) consideran que la muerte es esencialmente la expresión del miedo a morir. A partir de este razonamiento, surge la Gestión del Terror, expuesta por Pyszcnski et al. (1999).

En específico, la literatura respecto al miedo a la muerte en adultos afirma que ellos sienten menos miedo a la muerte que las personas más jóvenes (Templer et al., 1971; Kallish y Johnson, 1972; Marshall, 1975 y Bengston et al., 1977). La investigación que analizamos en este libro expone lo contrario con porcentajes altos, hablando en el año 2020. El 80% de las mujeres entrevistadas mayores de 40 años (media 48), sienten temor a la muerte; mientras que en las jóvenes únicamente el 48%. En ambos casos el temor es generado por el apego a la familia principalmente. Las jóvenes suman otro motivo, el dejar proyectos inconclusos.

52

Ahora bien, en los estudios que afirman menor temor a la muerte en los adultos, las variables como mala calidad de vida, pérdida de salud y viudez, están inversamente relacionadas a este temor. Y en efecto, en nuestro estudio, estas mismas variables, en ambos grupos de edad, están asociadas al temor a la vejez, mas no a la muerte. El temor principal ante la vejez es la pérdida de autonomía.

Es entonces que nos aproximamos a sostener que, las personas jóvenes o adultas, en este siglo XXI, están temiendo a la vejez por la pérdida de autonomía, y a la muerte por el apego familiar; este temor es mayor conforme avanza la edad. Esto es contrario a Kastenbaum, quien sugiere que la ansiedad por la muerte es directamente proporcional a la edad cronológica de las personas.

La explicación para esta contradicción quizá sea dada por lo que, en 1966, Munnichs expuso: la disminución de la ansiedad de la muerte podría resultar de la negación iniciada por la inminente realidad de morir, o bien, de la

imposibilidad de prepararse para afrontarla. Así también, Templer y coautores en 1971; Vianey en 1984; Vargo y Blak en 1984 y Wagner y Lorion en 1984 no encontraron una disminución significativa de la ansiedad a la muerte con la edad.

Sabemos que estos estudios mencionados fueron mayormente de corte cuantitativo; no obstante, no puede hablarse de variables como ansiedad o temor y menos aún ante la muerte, sin tomar en cuenta los resultados de estudios cualitativos que reflejen la subjetividad inmersa en esta realidad de estudio.

### **\*\*\* La fe religiosa y su relación con el temor a la muerte.**

En la actualidad, la humanidad vive con niveles de estrés elevados debido a las preocupaciones cotidianas relacionadas con el empleo, la acelerada dinámica social, la violencia e inseguridad social y los escenarios políticos cada vez más violentos. Todo ello conlleva a perjuicios en la salud de los colectivos, presentándose actualmente retos para la salud pública de dimensiones complejas, como lo relacionado a diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial, como enfermedades asociadas a estrés (Guevara-Gasca y Galán-Cuevas, 2010) y con grandes dificultades para lograr el control de estas a nivel mundial.

53

Las enfermedades crónico-degenerativas y el estrés crónico están presentes y en incremento en las sociedades actuales, y desde luego acercan al pensamiento de la muerte. El difícil cambio de hábitos para mejorar la calidad de vida, como parte esencial para la recuperación o la posibilidad de prolongar el tiempo antes de morir, es resultado de la vertiginosa vida social del siglo actual.

Ante esta realidad, corresponde revisar, para nuestro caso de estudio, de qué manera la menopausia es un proceso que hace vulnerables a las mujeres y la forma en que esta condición es percibida por ellas mismas; de qué manera perciben a su salud y la relación con la edad, la menopausia y la muerte.

Como vimos en el capítulo II, la percepción de las mujeres con relación a la vejez y la pérdida de salud es de temor. El miedo a envejecer es una constante independientemente de la edad, haciendo énfasis en que le temen a perder su autonomía. Mientras tanto, la percepción sobre la menopausia las

lleva a numerar síntomas que hacen evidente la pérdida de condiciones de salud óptimas, remitiéndolas de modo inconsciente al temor explicado previamente.

En torno a los casos, dos mujeres del total de entrevistadas (n=100) afirman no temer a estas condiciones y señalan expresiones religiosas como su forma de lograr no temer a la muerte, a la pérdida de salud o a la vejez. Al respecto, Kenneth I. Maton (1989), analizó el papel de la fe personal y el apoyo espiritual como factores que favorecen a minimizar el estrés, la depresión y el temor.

Al hablar de religiosidad se está hablando de lealtad relacionada con un sistema doctrinal de creencias, caracterizadas por el arraigo a una serie de doctrinas sagradas y la pertenencia a una comunidad de creyentes (Bruce, 1996; Pargament, 1997).

El concepto de religiosidad tiene múltiples ámbitos, como son la participación cognitiva, motivacional, emocional y conductual (Hackney y Sandes, 2003). No obstante, antes de continuar, debemos dejar en claro que la religiosidad no es sinónimo de espiritualidad, ya que es posible ser espiritual sin ser religioso y viceversa.

54

Pero volviendo a nuestro tema de interés, qué relación existe entre la religiosidad de las mujeres entrevistadas en este estudio y el miedo a la muerte. El 98% católicas y 2% cristianas, quienes no temen a la muerte y la razón la estrechan con su religión. Dentro del cristianismo, una de las premisas es que los creyentes no deben temer a la muerte (Swenson, 1961), y lo podemos constatar con lo encontrado en este estudio.

Dentro del cristianismo, una de las premisas que se ha aceptado como válida entre sus creyentes es el no deber temer a la muerte. Ante tal caso, estudios hechos por Swenson (1961); Jeffers et al. (1961); Templer (1972); Koenig (1988) y Thorson y Powell (1989), observaron que quienes tienen mayor actividad religiosa tienen menor miedo a la muerte, incluso se consideran más preparados para morir que quienes tienen escasa actividad religiosa. No obstante, algunos otros autores no encontraron esta relación, como es el caso de Feifel (1959) o Christ (1961). Para el caso de nuestro estudio, aunque la aleatoriedad de éste reflejó únicamente a dos cristianas y 98 católicas, ambos

casos de mujeres cristianas no le temen a la muerte porque “están con Jesús” y “estando con Dios no se le teme a nada”.



Jaramillo Betancourt, E. (2021). *Etapas transitorias e interactivas*. [Fotografía]. Colección privada

## **\*\* Gerontofobia y Tanatofobia.**

Bien, para concluir este capítulo, revisaremos estos dos conceptos que hacen referencia a los miedos de los que hemos hablado, miedo a la vejez y miedo a la muerte. Para iniciar este abordaje, revisaremos los estereotipos y percepciones relacionadas con la vejez, de ahí que podremos analizar la trama del pensamiento social respecto al proceso natural de envejecimiento, sus conductas y los miedos.

**Gerontofobia.** Este termino, a nivel social, conlleva el hecho de despojar a los adultos mayores de poder social, dándoles una condición de subordinación, marginación y dependencia. Una condición antagónica es la

gerontocracia, donde es básico el poder social de los adultos mayores, la vida digna. Ente caso antagónico, las personas de mayor edad son más respetadas y consultadas por la sociedad (Lozano, 2009). Desafortunadamente, y aun cuando se está iniciando a atender esta problemática en México, vivimos una sociedad gerontofóbica y no rescatamos la dignificación de la edad anciana, ni los conocimientos, o el aporte de su experiencia a la vida familiar, social, económica y política del país.

**Tanatofobia.** Puede ser descrita como un trastorno ansioso consecuencia del miedo excesivo a la muerte, especialmente al referirse al hecho de morir uno mismo. Es un problema psicológico delicado y requiere de atención oportuna y profesional. Dentro de los síntomas están las crisis ansiedad, ataques de pánico, patofobia, pensamientos catastróficos hacia la muerte, miedo patológico, cambios en el estilo de vida incrementando las actividades, disminuyendo el contacto con las personas y evadiendo toda información relacionada con la muerte (Borda et al., 2011).

56 Ahora bien, en lo que refiere a la formulación de estereotipos con relación a los adultos mayores, se han realizado varios estudios (Bargh et al., 1996; Dveine, 1989; Levy y Langer, 1994; Levy, 1996 y Levy et al., 2000), dentro de los cuales encontramos a Butler (1969), quien precisamente aporta el término *ageism*, para identificar a los estereotipos y las actitudes con relación a la vejez. Por su parte Palmore (1990) acuña el termino “tercer istmo” para referirse a esta situación.

Respecto a esta problemática, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1990) afirma que es posible que los estereotipos negativos impacten en la salud mental de la población anciana. Podemos afirmar que los estereotipos no solo impactan a la salud mental, sino que promueven el abandono al cual son sometidos, lo cual también impacta de modo negativo su salud física, emocional, sus relaciones sociales y familiares, quedando en total vulnerabilidad y en condiciones de vida lamentables.

■  
CAPÍTULO IV  
■

Menopausia y el sentido de vida:  
Educándonos para envejecer  
con calidad de vida



Este capítulo propone analizar a la menopausia como una etapa de vida de las mujeres y la importancia del sentido de vida como el fin último de la existencia humana, sin olvidar la relación de esta temática con la cultura del miedo, como agente de control de nuestras aspiraciones y de la identificación de nuestros alcances.

59

El sentido de vida, según Víctor Frankl (1991), padre de la logoterapia, consiste en encontrar un propósito, un por qué vivir y lo relaciona estrechamente con la capacidad de auto trascender, intrínseca a la capacidad del ser humano de poder autoevaluarse. Si tenemos ese por qué, entonces encontramos un cómo. Este sentido de la vida genera en nosotros la libertad y motivación para realizar nuestras dinámicas, actividades y relaciones, mismas que empiezan con la buena relación con uno mismo.

Víctor Frankl es uno de los referentes más relevantes de la psicología del siglo XX y fundador de la Tercera Escuela Vienesa de la Psicoterapia, primer exponente de la logoterapia. Debido a su relevancia, merece la pena considerar en qué elementos basa su teoría y posteriormente relacionar a esta con la tarea humana de encontrar sentido a su vida durante la menopausia.

### \*\*\*\* **Semblanza sobre la obra de Víctor Frankl.**

Frankl consideró haber evolucionado científicamente, ya que, al inicio se sentía atraído y fascinado por el psicoanálisis freudiano y mantuvo correspondencia continua con Sigmund Freud. Por otro lado, tuvo problemas con Alfred Adler<sup>7</sup> por una falta de relación académicamente concordante, ya que fue expulsado por éste debido a la falta de ortodoxia que mostraba Frankl. Vale la pena decir que es esta característica lo que impulsó a Frankl a generar sus propias teorías y es entonces que el miedo al desprestigio no lo paralizó; fue libre de autoconstruirse.

Ahora bien, Frank consideró haber tenido gran influencia de Rudolf Allers<sup>8</sup> y Oswald Schwarz<sup>9</sup>, era crítico del psicologismo que estaba profundamente anclado y asentado en el psicoanálisis y en la psicología individual. Es desde estos tiempos que llegó a plantearse si la desesperación por la aparente falta de sentido de la existencia es realmente una neurosis colectiva. Su postura ante las teorías diversas, de Freud, por ejemplo, es siempre respetuosa por lo que implica lo complejo de la realidad y que todos los puntos de vista tienen valor, tanto como el derecho y la libertad absoluta de expresar las opiniones. Recordemos que la trascendencia de Frankl se basó en esta libertad de análisis y autoanálisis. Desde el enfoque de la logoterapia, no hay ortodoxias.

60

Para Frankl, Freud es el punto de partida de todas las psicoterapias actuales y futuras; es por ello por lo que el psicoanálisis y la psicología individual han sobrevivido y sobrevivirán; pero pueden superarse yendo más allá de su comprensión y necesidades de complemento. Es esencial adquirir conciencia de lo inconsciente, y estar sabedores que al final siempre se producirá una vuelta al inconsciente. Es decir, para curarse, la persona siempre tiene que traer a la conciencia ciertas cosas y volverlas a llevar al inconsciente, formando parte natural de todos sus actos. A esto la logoterapia le llama hiper reflexión.

---

7 *Médico y psicoterapeuta originario de Austria, padre de la teoría psicológica individualista, la cual el confiere a la persona un rol activo en su crecimiento personal; complementario al psicoanálisis donde se entiende a la persona como una consecuencia de sus vivencias.*

8 *Psiquiatra y filósofo austriaco, su trabajo consistió en realizar críticas a la teoría de Sigmund Freud en cuanto a su hilo filosófico y lógico.*

9 *Psicólogo co-fundador de la tercera escuela Vienesa de psicoterapia, apoya la construcción del hombre como artífice de sus propios productos mentales.*

Sobre el cuestionamiento ¿neurosis o pérdida de religión?, Frankl analiza que Freud pensó en las experiencias traumatizantes, principalmente de niños y en una situación edípica<sup>10</sup> [podemos ir sosteniendo el hilo de la presencia del miedo en la vida humana]. Adler amplió esta perspectiva incluyendo el complejo de inferioridad y, más adelante, Jung fue más lejos al sacar a relucir en el inconsciente, además de lo sexual y el ámbito religioso, elementos que afectaban al hombre en su arquetipo, es decir, en su integridad.



61

Jaramillo Betancourt, E. (2020). *Siempre guías*. [Fotografía].  
Colección privada

#### \*\*\*\* Específicamente sobre Logoterapia.

La logoterapia es una variante de psicoterapia que se basa en la voluntad de sentido como primera motivación del hombre. Es la tercera escuela vienesa enmarcada en el campo de la psicología, siendo las otras dos el Psicoanálisis de Sigmund Freud y la Psicología Individual de Alfred Adler.

<sup>10</sup> Este término hace referencia al complejo de Edipo, entidad psicológica propuesta por S. Freud, que expresa una relación de interés amoroso con celotipia del hijo hacia la madre, como primeros estadios de la sexualidad humana. El complejo de Elektra es el término que describe lo anterior, pero desde la hija hacia el padre.

La logoterapia, está abierta a su propia evolución y a la participación de otras escuelas. Es por esto por lo que, los logoterapeutas no son seguidores ortodoxos de la logoterapia, pueden combinar con otros tratamientos. Las técnicas de tratamiento basadas en la terapia de la conducta se aplican continuamente de manera complementaria o simultánea. Pero esta realidad se basa en la conciencia de que el ser humano es un ser integral e inserto en una realidad integral.

Mientras que la psicoterapia está centrada en el sentido, la logoterapia hace hincapié en la orientación humana hacia el sentido, basado en que una persona que lucha por conseguir dar sentido a su vida no es neurótica, no está enferma; pero si hubiera algún tipo de neurosis sería sociógena, porque la frustración en la búsqueda del sentido de la vida residiría en la estructura social que lo contextualiza.

62 En relación con lo anterior, podemos continuar sosteniendo el hilo de la presencia del miedo en la vida humana y más aún en contextos actuales, donde, si bien en su época Frankl describe un contexto de guerra, en la actualidad el contexto de la vida humana es el caos, caos en el sentido estricto de la palabra, generado probablemente a partir de una globalización sin planeación.

Pero bien, no todo está perdido, tenemos que al hablar de intensidad paradójica y la cuestión del sentido, la primera se basa en una capacidad humana, mientras que la segunda es una capacidad de autodistanciamiento, la que permite al humano el auto enfrentamiento, es decir la discusión consigo mismo, tomando como discusión a la búsqueda de la razón, de la cuestión.

Siguiendo con el ímpetu de sostener el hilo, podemos citar el ejemplo de Frankl (1991), cuando dice que *“paciente llega con el miedo al sudor y yo le digo que tenga más miedo, estaríamos utilizando al symptom prescription, agravamiento del síntoma, se invita al paciente a enfrentarse consigo mismo, con su mismo miedo, en el momento que él lo desee”* [intensión paradójica].

### \*\*\*\* ¿Y qué de la autotrascendencia?

Para Frankl, el hombre es hombre gracias a su autotrascendencia, y el autodistanciamiento le permite discutirse, construirse y deconstruirse. La

búsqueda de sentido tiene entonces un efecto saludable y curativo del sentido encontrado. Pero veamos cómo esta capacidad puede continuar reconociéndose en el mundo actual, siglo XXI, años 2020 y 2021 con la crisis mundial por el virus Sars-Cov-2, con una incertidumbre social, política, económica, ambiental y desde luego de salud.

La respuesta ante esta pandemia nos ha dejado expuesto que nos hemos alejado completamente del reconocimiento de nuestra vulnerabilidad, nos ha mostrado la necesidad de una organización real de nuestras acciones desde lo local hasta el plano mundial. Nos ha mostrado también, en lo individual y lo colectivo, la verdadera necesidad interna de trascender. Pasamos de ser seres con necesidad de una formación y crecimiento integral a enfocarnos en la manifestación material como éxito vivencial.



Jaramillo Betancourt, E. (2021). *Entre flores y flores*. [Fotografía]. Colección privada

**\*\*\*\* La humanidad en la actualidad y la generación de miedos y vacíos.**

Citando nuevamente a Frankl, la neurosis colectiva mundial empezó con la evolución, es decir, como especie humana hemos ido evolucionando biológicamente; pero a la vez, socialmente hemos ido perdiendo la capacidad

de identificación de nuestros instintos, mismos cuya función es la de asegurar la permanencia de la especie.

Ahora bien, si nuestra evolución biológica estuviera acompañada de una evolución social organizada el equilibrio sería perfecto, con escenarios locales y mundiales que no se mostrarían con el caos que hoy adolecen. Podemos afirmar que adolecen, porque pandemias como COVID-19, diabetes mellitus y la pérdida de valores y del sentido común, no serían hoy el reflejo del desorden social al que hemos llegado. Vale la pena mencionar que, VIH, influenza y ébola, por citar algunos ejemplos, nos avisaron hace algunos años que las cosas no iban nada bien.

El sentido de vida es primordial y pareciera que en la actualidad la estructura de transmisión de valores e ideales ha sufrido una fuerte fractura. No obstante, son momentos como el que vivimos mundialmente, o como las distintas etapas de vida que experimentamos como individuos, los que nos pueden dar la oportunidad de reconectar nuestros pensamientos, con nuestros ideales y acciones, por sentidos individuales y lógicamente colectivos.

64 Ya decía Frankl, y vale la pena recordarlo, que, como humanidad, estamos frente a una problemática irracional, problemática mundial por diferencias entre culturas, economías, políticas y, sobre todo, diferencias en las formas de ver al mundo y verse uno dentro de él [*razonamiento expuesto en su libro En el principio era el sentido, en el año 1982, varias décadas previas que nos anunciaban lo que hoy estamos padeciendo*].

Ahora bien, la autotrascendencia es resultado de nuestros pensamientos, acciones y omisiones. Y es también el resultado de contar con un sentido de vida. Estas afirmaciones nos dejan en la posición de analizar la necesidad de auto comprendernos, es decir, formarnos una opinión de nosotros mismos, como personas que interactuamos con otras, tanto como por nuestra naturaleza humana.

Cuando varios de los conceptos que hacen girar a las sociedades se muestran amorfos, es cuando nos preguntamos qué tan complejo es encontrar un sentido de vida, interactuar con los demás y no perdernos en el océano de posibilidades de omisión o de infra o sobre valoración de elementos puramente materiales que dejen de lado la condición del hombre como ser integral.

En cuanto a nuestro tema específico, menopausia [que no atañe solo a mujeres mayores de 40, sino que involucra a todos por la sinergia social en la que vivimos] sumado a lo anterior, es común que las personas se sientan viejas por el número de años vividos, o desubicadas por no encontrar el orden lógico de las cosas. Pero es importante tener en cuenta que la vejez, madurez o juventud, no solamente está marcada por la edad cronológica.

Si bien es cierto que el cuerpo humano va presentando cambios al paso del tiempo, también es cierto que estos cambios no imposibilitan de disfrutar de la vida y de lograr las metas propuestas. Tampoco la búsqueda de sentido de vida debe perderse porque estemos maduros o ancianos, o porque creamos que no es importante estando cerca de la muerte biológica.

Es entonces que no se trata de lo que experimentemos durante el proceso de envejecimiento, sino de la forma en que procesemos mental y emocionalmente las distintas fases y etapas cronológicas de nuestra vida. Cómo vivamos y cómo transformemos nuestras vidas, así como nuestra capacidad de crear ambientes positivos o no, es la forma en que estaremos identificándonos como seres humanos con vida hasta el último momento de ella y con la capacidad de trascender y dejar a la muerte como un proceso puramente biológico.

65



Jaramillo Betancourt, E. (2021). *Con mucho que decir*. [Fotografía].  
Colección privada

### \*\*\*\* ¿Entonces, como podemos definir a la muerte?

En términos médicos la muerte humana es la culminación de su vida biológica y esto implica la desintegración del organismo, esta desintegración es irreversible. Una definición biológica se puede expresar así: la muerte es el resultado de la incapacidad homeostática del organismo, es decir, de mantener la autorregulación de sus funciones.

No obstante, como mencionamos con antelación, la vida humana no se resume en lo que biológicamente puede explicarse y, por lo tanto, tampoco la muerte. La vida humana se construye en una relación estrecha con lo social, con su capacidad de relacionarse, comunicarse, de constructos culturales, psicológicos, filosóficos y de perseguir la trascendencia.

Es entonces que tenemos una muerte biológica que termina en la degradación del organismo; pero una muerte desde lo social, que busca no desintegrar el registro de tu paso por este mundo. Necesitamos centrarnos entonces en esa “homeostasis” de lo social para asegurar la trascendencia. Ante esto, son los individuos que tienen la tarea de crear, vivir, sentir, valorarse y asegurar haber realizado su sentido. Definitivamente la suma de los individuos genera los colectivos y es responsabilidad de todos asegurar colectivos sanos, mismos que logren superar el espacio y tiempo.

66

Continuando en esta dinámica, que sucede al querer definir al amor, otro de los conceptos que marcan la vida y dinámica de los humanos. Si buscamos en un diccionario, el amor es un sentimiento e inclinación hacia una persona o cosa a la que se le desea todo lo bueno. Es así como insisto en que, desde la conformación de nuestros conceptos como humanidad se predestinan las consecuencias.

Primer punto, “hacia una persona”, genera una acción pronta de uno hacia los demás, hacia los otros, ¿y qué pasa con el amor hacia uno mismo?, elemento crucial que reduciría, en gran medida, varios de los conflictos psicológicos que se presentan en las sociedades actuales, de los vacíos, de los sin sentidos.

Segundo punto, “hacia una persona o cosa”, nos deja abierta la puerta a amar a las cosas materiales en la misma forma e intensidad que a las personas; elemento que nos tiene en la situación actual, donde el amor hacia las cosas pasó a ser una de las formas en que queramos trascender, a través del sentido de la acumulación.

Citando a Frankl (1982), más un auténtico llamado a revisar de qué manera cada uno de nosotros estamos definiendo al amor, podemos decir que el amor es una correspondencia interpersonal que lo incluye todo, que, si bien él hace una referencia explícita a la sobre valoración de lo sexual, yo puedo completar diciendo que en ese todo se encuentra lo sexual, lo intelectual, la objetividad y subjetividad del otro, la objetividad y subjetividad mía.

A manera de cierre de este capítulo y después de habernos planteado cómo en la actualidad la humanidad genera los miedos, las incertidumbres de su existencia como limitantes para el encuentro de su sentido de vida. Para ello, me parece preciso citar a Berger (1997), quien, frente a las necesidades existenciales plantea tres factores como posibilidades de soporte del sentido:

1. La confianza en los juicios morales incontrarrestables. Donde se considera que la certeza moral no puede ser atenuada ni por la relatividad propia de la modernidad.
2. La confianza en la fe. Berger recurre a la fe, como la confianza en la fe escatológica<sup>11</sup>, entendida como un salto de confianza.
3. La vía de la trascendencia, como principal aporte de Berger al problema de la deconstrucción de la secularidad moderna y base de la de-secularización de la conciencia.

67

*“En un mundo de incertidumbres, los contornos de la realidad son fluctuantes y las estructuras construidas por la sociedad para proteger a la gente de los terrores de la existencia aparecen llenas de agujeros. Pero, a través de esos agujeros, es posible en ocasiones vislumbrar una trascendencia luminosa. Esa precariedad es el talón de Aquiles de la modernidad; también es su promesa religiosa” (Berger, 1997).*

<sup>11</sup> Fe escatológica hace referencia al concepto de fe religiosa, pero desde el entendimiento de lo que es el ser humano y el recorrido que lleva desde su vida.

A pesar de transcurridas más de dos décadas de publicado ese razonamiento de Berger, es increíble y lamentablemente perfecto para el presente tiempo, año 2021, cuando continuamos con procesos deconstruidos sin luces para nuevas construcciones. Este fenómeno podemos expandirlo a la expresión de lo social y restringirlo a lo individual, teniendo claro que se requiere de construcciones basadas en razonamientos, sentimientos, ideales y metas.

Lo que Berger expone es que el individuo necesita de la religión [alineación] para dar sentido a su vida ordinaria [legitimación], dos elementos tradicionales que fueron eliminados de las sociedades actuales y sustituidos por mecanismos de plausibilidad seculares que no han conseguido paliar las crisis de sentido existencial que acompaña a los individuos.

*“La secularización planteó una situación totalmente nueva al hombre moderno (...) Esto era el principio de una aguda crisis no solo para la nominación de grandes instituciones sociales, sino también para el de las biografías individuales”* (Berger, 2003).

68



Jaramillo Betancourt, E. (2021). *Todo en la vida son etapas, y todas bellas.*  
[Fotografía]. Colección privada



Jaramillo Betancourt, E. (2021). *De etapas y de colores*. [Fotografía].  
Colección privada

**\*\*\*\* Religión, vida ordinaria, sentido de vida y la mujer en su etapa de menopausia.**

Articulando lo comentado en páginas anteriores, estrictamente con el proceso de menopausia, encontramos con tres elementos que pueden estar haciendo de nuestra vida un equilibrio pleno y el encuentro de la satisfacción individual y por ende enriquecimiento de lo colectivo; o bien, todo lo contrario, desequilibrio interno individual y por ende desequilibrio en lo colectivo.

Estar una mujer dentro del proceso premenopáusico, menopáusico y climatérico, envía una fuerte tarea a la misma. Es decir, la mujer o las mujeres, en esta fase de su vida encuentra la necesidad de reafirmarse, identitariamente. En esa búsqueda, suele, en el común de las personas, encontrarse con fuertes conflictos de su sentido de vida. Es común que sientan que han cerrado distintos ciclos, que la muerte se aproxima, que no tienen un lugar, o que poseen un lugar demasiado rígido y delimitado en las dinámicas familiares o sociales.

Pero lo anterior no es así, si bien no todos los países tienen un constructo cultural, filosófico, religioso, actitudinal y económico que incluya a los adultos, personas en etapas maduras o adultos mayores como la fuente de la sabiduría de un pueblo; también es cierto que, no todos los individuos se sientan a valorar su vida, cada acto, cada relación; pero definitivamente todos y todas tenemos elementos suficientes para identificarnos, construcciones que compartir y, desde luego, vacíos que llenar.

En la etapa menopaúsica, hacer esta reflexión, individual y colectiva, es urgente, es además en extremo valiosa para continuar creando, para continuar viviendo con plenitud. Es necesario repensar sobre nuestra autenticidad, lo genuinas que podemos ser y, sobre todo, con cuanta verdad caminamos día a día. Nuestra vida ordinaria es la que se transforma en legado, es la que se transforma en oportunidades de trascendencia, la que, a través de la búsqueda y alcance de nuestro sentido de vida, proyecta a través de nuestras acciones, indiscutibles lecciones de vida.



**\*\*\*\* Educándonos para envejecer con calidad de vida.**

Hablar de envejecer es hablar de una nueva forma de vida acorde a nuestras necesidades, fortalezas y limitantes. Es importante reconocernos cada día, conocer lo que tenemos al alcance y lo que no lo está, logrando con esto adaptarnos al entorno en el que nos desenvolvemos.

En la actualidad escuchamos o leemos frecuentemente sobre los *buenos hábitos de vida* y sobre una *vida saludable*; pero sin lugar a duda son expresiones relativas, *qué es bueno o malo y para quién*. Sin embargo, existen factores que determinan el acercamiento a *lo bueno* y lo que *no lo es tanto* para una vida sin complicaciones. Por ejemplo, sabiendo que el consumo en exceso de azúcares es factor predisponente a problemas de salud como la diabetes mellitus, entonces es claro que para una vida con salud no podremos incluir el consumo excesivo de azúcares.

Vamos a describir ambas frases, empecemos con hábitos de vida. Un hábito es la práctica habitual de una persona o de una colectividad. Es así como los hábitos saludables son todas nuestras conductas, asumidas como propias y que son practicadas en nuestra vida ordinaria dando resultados en nuestro bienestar físico, mental y social.

Precisamente porque nuestra vida se desenvuelve entre lo físico, mental y social, el entorno en el que nos desenvolvemos de manera ordinaria representa factores de riesgo o factores protectores ante la búsqueda de nuestro bienestar. En este entorno nosotros vamos a establecer relaciones sociales que van a determinar nuestra forma de vivir y de ser, y es entonces que abonaremos a nuestra trascendencia. Esto sucede en todas las etapas de nuestra vida; pero quizá es en la madurez o vejez, cuando nos damos cuenta de manera más sensible.

Ya que en este libro nos hemos dispuesto a explicar de manera holista al proceso de la menopausia, es entonces que dedicaremos un espacio a revisar los puntos relevantes de la teoría de Erik Erikson (1959), quien enfatiza en la necesidad de ver al individuo en un ciclo de vida completo, haciendo evidente, además, que lo que experimentemos en cada uno de los ciclos de nuestra vida se relacionan entre sí.

Para Erikson en su teoría psicosocial, el desarrollo concentra estos aspectos, considerando entre ellos al desarrollo de los niños por una parte y de los adultos y ancianos por otra:

- a) **Diferencias individuales.** Estas diferencias para Erikson son marcadas por diferencias biológicas entre los individuos de una misma especie, y esas diferencias biológicas marcarán también las diferencias de la personalidad. Para nuestro caso de análisis, la menopausia es un proceso experimentado únicamente por el sexo femenino dada su condición biológica. No olvidemos este señalamiento cuando además nos vinculemos al análisis de lo social.
- b) **Adaptación y ajustamiento.** Esto se logra ante una buena resolución de las ocho fases de desarrollo del Yo, estas fases desarrollan una dinámica de las fuerzas positivas sobre las negativas y se definen precisamente de acuerdo con el desarrollo del ser humano, donde definitivamente tiene relación la edad, el entorno en el que vivimos y las interacciones que tenemos con los demás (véase Tabla 1).
- c) **Procesos cognitivos.** durante la formación de la personalidad, el inconsciente juega un gran papel y permite que los procesos de experiencia se realicen.
- d) **Sociedad.** Es la sociedad la fuerza que moldeará la forma de relacionarse y desenvolverse con los otros, dentro de ella encontramos a los factores de orden cultural, religioso y espiritual; pero también, y en la actualidad lo confirmamos, los de orden económico y recreativo.
- e) **Influencias biológicas.** En este caso, Erikson hace referencia a la influencia de las diferencias biológicas entre sexos, específicamente las diferencias en el aparato genital, mismas que marcarán aspectos de la personalidad.

**Tabla 1.**  
*Ciclo de vida.*

<b>Estadio</b>	<b>Crisis psicosociales</b>	<b>Fuerzas básicas</b>
Primera infancia (1año)	Confianza/desconfianza	Esperanza
Segunda infancia (2-3 años)	Autonomía/vergüenza y duda	Voluntad
Preescolar-edad del juego (3-5 años)	Iniciativa/culpa y miedos	Propósito
Edad escolar (6-12 años)	Laboriosidad/inferioridad	Competencia
Adolescencia (12-20 años)	Identidad/confusión de identidad	Fidelidad y Fe
Adulto joven (20-30 años)	Intimidad/aislamiento	Amor
Adulto (30-50)	Generatividad/estancamiento	Cuidado y celo
Viejo (50 y más)	Integridad/desesperanza	Sabiduría

*Nota:* Fuente de elaboración propia, con información de Erikson (1998).

Es durante el desarrollo de un individuo, cuando se deberá ir identificando, formando, avalando y ratificando la autoestima, sentimiento de capacidad personal y de valor que damos a nuestro propio ser y existencia. Durante todas las etapas de la vida de una persona, la autoestima estará marcando las formas de desenvolverse, identificarse, fortalecerse. Esta fortaleza que te da el perfecto desarrollo de una autoestima sana se refleja en la manera de desenvolverse en los distintos aspectos de su vida ordinaria, profesional, amorosa, familiar, espiritual y su existencia respecto a la otredad.

Ahora bien, lo delicado del proceso de concreción de la autoestima, es que estamos acostumbrados a buscar lo que hay fuera de uno, cómo son los otros, cómo puedo imitar a los otros, cuáles son los estándares de belleza o de éxito de los otros; pero pocas veces nos buscamos dentro de nosotros mismos. Si no compito, ni me comparo entonces crezco y me fortalezco.

Esta última expresión aplica a cualquier edad; conocernos, amarnos y valorarnos son elementos que nos pueden garantizar sanas experiencias de vida, sabremos qué hacer, cómo y qué esperamos de nosotros mismos antes que de los demás. Es entonces que, en la menopausia, una mujer debe considerar estos elementos, que, si bien no los vivió antes con el cuidado que merecen, ahora es un buen momento de reflexionar, buscar ayuda terapéutica, religiosa, filosófica o médica y vivir una etapa más de la vida con salud y sabiduría.

Considero que vamos comprendiendo a qué nos referimos con llevar una vida saludable; pero en adelante nos centraremos en algunos otros aspectos como la atención a nuestras emociones, alimentación y el ejercicio, que, si bien se reflejan en el cuerpo físico, tienen alta influencia en el cuerpo psicológico y espiritual.

74



Jaramillo Betancourt, E. (2020). *Simbolos y señales; pero el paso lo llevamos cada uno.* [Fotografía]. Colección privada

#### \*\*\*\* Relación con uno mismo.

Cada etapa de nuestra vida trae consigo un espacio de crisis, conflictos, alcances y puede ser analizado desde el punto de vista antropológico y psicológico como áreas de oportunidad para el desarrollo humano, podemos crecer o retraernos, pero siempre hay un movimiento.

Las soluciones positivas a los conflictos ordinarios llevan a una mejor calidad de vida psicosocial, caso contrario es altamente probable que se generen patologías que se hacen presentes en la vida de las personas y que, de alguna manera, van a estar siendo elementos que obstaculicen nuestro propio desarrollo, poniendo en riesgo también el desarrollo de los otros, con quienes convivimos, con quienes coexistimos.

Es precisamente las relaciones con otras personas, familia, compañeros de trabajo y grupos sociales a los que pertenecemos, las que parten de la salud de las relaciones con nosotros mismos. Mientras más saludable sea el análisis y valoración que tenga conmigo mismo, más saludables serán las relaciones con los otros. Tener claridad en esto nos permite construir relaciones asertivas, cooperativas, proactivas e integrales.

Definitivamente esta concepción se extiende al mejoramiento de la salud en las relaciones colectivas. Y es entonces que, una mujer en su etapa madura, cuando la menopausia le genera una serie de cambios y tensiones fisiológicas importantes, es cuando más debe cuidar que estos cambios no le generen esa misma tensión consigo misma y con los demás. Así entonces resulta necesario aprender a entendernos, aprender a tratarnos y aprender a buscar la ayuda profesional que necesitamos.

Es en esta etapa de la vida de las mujeres cuando se desarrolla una especie de síntesis de las etapas que ya han transcurrido, siendo un espacio de tiempo que evidentemente nos conduce a razonar sobre lo vivido, analizar nuestros alcances y reconocer nuestras limitantes; pero antes de dar por concluidos nuestros intentos, es más bien un tiempo de replantear cómo viviremos esta etapa, qué podemos hacer y cómo podemos hacerlo para generar torrentes armónicos de relación con una misma; de aceptación, identidad, confianza, amor, fe y esperanzas.

No olvidemos que la suma de individuos hace colectivos; pero qué en la medida en que cada individuo trabaja por su calidad de vida, los colectivos estarán caminando en la misma dinámica.

Respecto a nuestra alimentación, todos los excesos son malos, pero ¿cómo podemos saber cuándo nos hemos excedido?, la respuesta es fácil, cuando en vez de ayudarnos nos estamos enfermando. El sobre peso es una de nuestras alarmas, también lo es el estar abajo del peso correcto, ¿correcto para qué? para que nuestro cuerpo que incluye órganos, esqueleto, músculos y piel, pueda trabajar y cumplir con sus funciones. De acuerdo con nuestra edad, disposición genética y estatura, tenemos un estándar de masa corporal y de peso calculado que facilita la salud en nuestro organismo.

Es necesario considerar que debemos elegir los alimentos nutritivos, naturales preferentemente, frutas, cereales, verduras. Debemos también hidratarnos adecuadamente, tanto con agua como con líquidos que contengan electrolitos suficientes para estar adecuadamente hidratados sin desmineralizarnos. Cada persona tiene sus propias necesidades nutricionales de acuerdo con su edad, sexo, estatura y actividad diaria; es entonces que también debemos encargarnos de consultar a nuestro médico o nutriólogo; recordemos que no es lo mismo comer que nutrirse.

Lo que sí sabemos es que debemos evitar, por su alta toxicidad para nuestro organismo, productos como el tabaco, alcohol y drogas, el exceso de grasas, el exceso de harinas y azúcares. Pero no solo es necesario conocer cómo nutrir con alimentos nuestro cuerpo físico, sino también como nutrirlo a través del ejercicio y el descanso, la lectura y el esparcimiento, la sonrisa y el llanto, la serenidad y los momentos de regocijo.

También es importante que hombres y mujeres a partir de los 40 años, nos detengamos un momento y nos realicemos revisiones médicas que nos ayuden a confirmar nuestro estado de salud, pero también a detectar de modo temprano padecimientos como la diabetes mellitus, hipertensión arterial o cardiopatías, todas ellas tratables y necesarias de atender a través de la medicina sumado con la modificación de nuestros hábitos de vida.

Recordemos también que dormir un promedio de ocho horas diarias y tener una rutina de actividad física, sumarán al mantenimiento de una vida saludable. Es importante que cuando mencionamos al ejercicio debemos recordar que el tipo de ejercicio debe estar de acuerdo con las necesidades y posibilidades de cada uno. Tener actividad física incluye desde caminar, arreglar el jardín de la casa, arreglar y asear la casa, hasta todas las formas de deporte actual; pero será de acuerdo con nuestra edad y patologías presentes que encontremos lo que nos beneficie. En este sentido también necesitamos la consejería médica.

Ahora bien, en específico para cuando estamos en la etapa de la madurez y la vejez, podemos mencionar siete puntos clave generadores de una vida saludable:

1. Alimentarnos sanamente.
2. Realizar actividad física ordinariamente.
3. Mantener un peso corporal adecuado.
4. Dedicar tiempo a una mente activa priorizando nuestra salud mental.
5. Recrearnos.
6. Prevenir complicaciones de salud.

77

Alimentarnos sanamente implica, cubrir las necesidades nutricionales de acuerdo con la etapa de la vida que atravesamos. Un plan de alimentación saludable incluye elementos básicos como los alimentos que nos ofrecen nutrientes y pocas calorías (i.e. frutas, verduras, cereales, carnes magras, frutos y semillas secas, productos lácteos bajos en grasas) La hidratación constante es esencial. *¿Qué debemos evitar?* Frituras, azúcares, productos con exceso de grasas, alcohol, alimentos y bebidas procesadas que contengan exceso de azúcares o grasas.

Realizar actividad física metódicamente significa realizar actividades diarias que impliquen movimiento de nuestro cuerpo; pueden ser actividades variadas, como realizar las labores domésticas o realizar algún deporte propio para nuestra edad. La cantidad y tipo de ejercicio que necesitemos dependerá de nuestra edad y de la condición de salud que presentemos.

Lo anterior, nos ayudará a mantener un peso corporal adecuado, tomando en cuenta que esto significa no tener sobrepeso, pero también evitar caer en el bajo peso.

Para dedicar tiempo y mantener una mente activa, existen varias actividades que nos ayudan a mejorar la memoria, incluso juegos que además de ayudarnos en esto, benefician en la dedicación de tiempo de calidad en familia, o con amistades. Así también, la lectura y el desarrollo de nuevas habilidades en casa o en el trabajo, favorecen esta actividad mental priorizando nuestra salud. Es también una buena oportunidad para desarrollar actividades de concentración, meditación, relajación.

Lo anterior se fortalece si dedicamos tiempo a *recrearnos*, se ha comprobado que las personas que dedican tiempo al esparcimiento y a realizar actividades sociales tienen un menor riesgo de problemas en su salud.

Por último, si nosotros revisamos y realizamos detenidamente lo anterior, podemos estar seguros de que tenemos varios elementos a favor del cuidado de nuestra salud. Todos estos cuidados nos ayudarán a prevenir complicaciones en nuestra salud; pero también es necesario estar alertas de los cambios, molestias, signos y síntomas que nos avisan de la necesidad de atendernos con profesionales de la salud, sea para la atención física, emocional o psicológica de nuestro cuerpo.

78



Jaramillo Betancourt, E. (2020). *Diversos, pero todos destinos*. [Fotografía].  
Colección privada

## Fuentes consultadas

- André, Christophe (2005). *Psicología del miedo. Temores, angustias y fobia*. Kairós.
- Antón Hurtado, F. (2015). Antropología del miedo. *Methaodos revista de ciencias sociales*, 3(2). 262-275
- Arias, C.C.A. (2006). Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. *Hoiz. Pedagog*, 8(1), 9-22
- Bertalanffy Von, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Bargh, J., Chen, M. y Burrows, S. (1996). Automaticity of social behavior: Direct effects of trait construct and stereotype activation on action. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(2). 230-244.
- Bengston, V. L., Cuellar, J. B., y Ragan, P. K. (1977). Stratum contrasts and similarities in attitudes towards death. *Journal of Gerontology*, 32. 76-88.
- Berger (1997) "El pluralismo y la dialéctica de la incertidumbre". *Estudios Públicos* 67
- Berger, P. y Luckmann, T. (1979). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico, la perspectiva y método*. Hora S.A.
- Borda, M.M., Pérez, M.A. y Avargues, M.L. (2011). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de fobia a la muerte. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37(155-156). 91-114
- Bourdieu, P. (1994). *Distinction, A Social Critique of the Judgement of Taste*. Routledge and Kegan Paul.
- Bruce, S. (1996). *Religion in the modern world: From cathedrals to cults*. Oxford University Press.

Burkitt, I. (1999). *Bodies of Thought: Embodiment, Identity and Modernity*. Sage Publications.

Butler, R.N. (1969). Age-ism: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist*, 9(4). 243–246. [https://doi.org/10.1093/geront/9.4\\_Part\\_1.243](https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243)

Cano, A. (1996). *Aspectos Clínicos de la Menopausia En J. Sánchez- Cánovas, Menopausia y Salud*. Ariel.

Camuñas, N., García, E., Vivas, F., Morales, C., Aranda, D. y Cano, A. (2001). Intervención psicológica en mujeres menopáusicas con hipertensión. *Psicología.com*, 5 (3). e-1

Carnicer, C., Castro, O. P., Paublete, M.C. y Castro, C. (2002). *Aspectos básicos del tratamiento en el climaterio*. *Psiquiatría.com: Interpsiquis*.

Castro, R. (2001). Sociología médica en México: el último cuarto de siglo. *Revista Mexicana de Sociología*, 3. 271-293

80 Cautela, J.R. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación*. Martínez Roca.

Christ, P. E. I. (1961). Attitudes toward death among a group of acute geriatric psychiatric patients. *Journal of Gerontology*, 16. 56–59.

Collet, L., y Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*, 7. 179-181.

CONEVAL, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2020). *Informe de pobreza y evaluación*. Gobierno de México.

Devine, P. G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 5-18.

Dember, W.N. y Warm, J.S. (1990). *Psicología de la percepción*. Alianza.

Del Arco, J. (2015). Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. *Farmacia Profesional*, 29(1). e-1

- Dumond, L. (1966). *Homo hierarchicus. Le système de castes et ses implications*. Gallimard.
- Dumont, L. (1977). *Homo aequalis. Genèse et épanouissement de l'idéologie économique*. Gallimard.
- Erickson, E. (1959). *Identity and the life cycle*. W.W. Norton and Company.
- Feifel, H. (1959). *The meaning of death*. McGraw Hill. New York
- Feifel, H., y Brascomb, A. B. (1973). Who's afraid of death?. *Journal of Abnormal Psychology*, 81. 282-288.
- Fernández- Abascal, E. (1993). *Hipertensión. Intervención Psicológica*. Eudema.
- Fernández, E., Magnani, E, Fernández, J.M. y Fernández-Arcilla (2000). *Menopausia ¿Qué es?*. Lilly.
- Freud, S. (1961). *Beyond the pleasure principle*. Liveright Publishing Company.
- Freud, S. (1979). De guerra y muerte. Temas de actualidad. En Freud, S. *Obras completas, volumen 2*. Amorrortu.
- Fox, N. (1998). Foucault, foucauldians and sociology. *The British Journal of Sociology*, 49 (3). 415-433.
- Frank, A. (2004). *The Renewal of Generosity: Illness, Medicine, and How to Live*. University of Chicago Press.
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca del sentido*. Edición de 2015 traducida al español. Herder.
- Furer, P., y Walker, J. R. (2008). Death anxiety: A cognitive behavioral approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22. 167-182.
- Geertz, Clifford (2003) *La interpretación de las culturas*. Editorial Gedisa.

Guevara-Gasca, M.P. y Galán-Cuevas, S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: Hipertensión arterial y Diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine* 1(1). 47-55.

Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Kairós.

Gómez Martínez, A., Mateos Ramos, A., Lorenzo Díaz, M., Simón Hernández, M., García Núñez, L.I., y Cutanda Carrión, B. (2008). Representaciones socioculturales sobre la menopausia: Vivencias del proceso en mujeres residentes en Albacete (España). *Index Enferm*, 17( 3 ): 159-163.

Hackney, C. H., y Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42. 43-55.

Hernández, J., De la Gandara-Martin, J. y Sánchez, M.A. (2003). Utilidad de la terapia hormonal sustitutiva en los trastornos en los trastornos depresivos durante la menopausia: estado de cuestión. *Anuales de Psiquiatría*, 19 (4), 172-178.

Hoelter, J. W. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47. 996-999.

Hughes, B. (2000). Medicalized bodies. En Hancock, B., Hughes, E. , Jagger, K. Paterson, R., Russell, E., Tulle-Winton y Tyler, M (eds). *The Body, Culture and Society*. Open University Press.

James, A. y Hockey, J. (2007). *Embodying Health Identities*. Houndmills. Palgrave Macmillan.

Jeffers, F. C., Nichols, C. R., y Eisendorfer, C. (1961). Attitudes of older persons toward death. *Journal of Gerontology*, 16. 53–56.

Kastenbaum, R., y Aisenberg, R. (1972). *The Psychology of Death*. Norton.

- Kelly, M.P. y Field, D. (1996). Medical sociology, chronic illness and the body. *Sociology of Health and Illness* 18, (2). 241–57.
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., y Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186. 513-521.
- Kubler-Ross, E. (1969). On Death and Dying. Macmillan. Lester, D. (1967). Experimental and correlation studies of the fear of death. *Psychology Bulletin*, 67. 27-36.
- Larroy, C., Gutiérrez, S. y León, L. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la menopausia. *Avances en Psicología Latinoamericana: Psicología de la Salud de la Mujer*, 22. 77-88.
- Lévi-Strauss, C. (1988). *Tristes Trópicos*. Paidós.
- Levy, B. R. y Langer, E. (1994). Aging free from negative stereotypes: Successful memory in China and among the American Deaf. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(6), 989-997.
- Levy, B. R. (1996). Improving memory in old age by implicit self-stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71. 1092-1107.
- Levy, B. R., Ashman, O. y Dror, I. (2000). To be or not to be: The effects of aging self-stereotypes on the will-to-live. *Omega: Journal of Death and Dying*, 40. 409-420.
- Loeches Alonso, A., Carvajal Molina, F., Serrano, J. M., y Fernández Carriba, S. (2004). Neuropsicología De La Percepción Y La Expresión Facial De Emociones: Estudios Con Niños Y Primates No Humanos. *Annals of Psychology*, 20(2). 241–259.
- Lozano, C.A. (2009). La gerontocracia y la gerontofobia. *Rev Fac Med UNAM*, 52 (6). e-1

- Malinowski, B. (1926). *Crimen y costumbre en la sociedad salvaje*. Planeta-Agostini, 1985.
- Marshall, V. W. (1975). Socialization for impending death in a retirement village. *The American Journal of Sociology*, 80(5). 1122-1144.
- Maton, K. I. (1989). The Stress---Buffering Role of Spiritual Support: Cross---Sectional and Prospective Investigations for the Scientific Study of Religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 28(3). 310-323.
- Melzack, R. y Casey, K.L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. En D. Kenshalo (Ed.), *The Skin Senses* (pp. 168-194). Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
- Melzack, R. y Wall, P. (1965). Pain Mechanisms. A new Theory. *Science*, 150. 971-979.
- Miguel-Tobal, J.J. y Casado, M.I. (1994). Emociones y trastornos psicofisiológicos. *Ansiedad y estrés*, 0. 1-13.
- Morales, F., Moya, M., yPérez, J. A. y Fernández, A. (1999). *Psicología social*. Segunda Edición. McGraw Hill.
- Mummert, G. (1998). *Repensar la salud-enfermedad-atención en México desde las Ciencias Sociales*. Vol. XIX. Relaciones.
- Munnichs, J.M.A. (1966): *Old age and finitude. A Contribution to social gerontology*. Basel.
- Nieto Munuera, J. (2015). *El miedo en la sociedad actual*. Universidad de Murcia.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (1990). *Health and Aging*. Ginebra: Organización Nacional de la Salud.
- O'Neill, J. (2004). *Five Bodies: Re-figuring Relationships*. Sage Publications.

- Oviedo, G.L. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, 18. 89-96. <https://doi.org/10.7440/res18.2004.08>
- Palmore, E.B. (1999). *Ageism: negative and positive*. Springer Publishing Company.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research, and practice*. Guilford Press.
- Parsons, T. (1982). Estructura social y procesos dinámicos. El caso de la práctica médica. En Parsons, T. *El sistema Social*. Alianza Universidad.
- Piaget, J. (1983). Esquemas de acción y aprendizaje del lenguaje. En Centre Royamount Pour une Science de l'homme. *Teorías del lenguaje, teorías del aprendizaje: el debate entre Jean Piaget y Noam Chomsky*. Editorial Crítica.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., y Solomon, S. (1999). A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological Review*, 106. 835-845.
- Ramos, F. R. (1982). Personalidad, depresión y muerte. [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Complutense de Madrid.
- Reguillo, R. (1998) "Imaginarios globales, miedos locales, la construcción social del miedo en la ciudad", ponencia presentada en el IV Encuentro de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (Alaic), Ciencias de la Comunicación: Identidades y Fronteras, Universidad Católica de Pernambuco, 11-16 de septiembre, Recife <<http://www.eca.usp.br./alaic/Congreso1999/2gt/Rossana%20Reguillo.doc>>.

- Rodman, G.B. (2015). *Why Cultural Studies?*. Wuley Blackwell Oxford.
- Salazar, J. M. (1986). *Psicología Social*. Editorial Trillas
- Salazar, C. (1979). *Psicología Social*. Trillas.
- Shildrick, M. y Price, J. (1998). Introduction: Vital signs: texts, bodies and biomedicine. En M. Shildrick and J. Price, Eds. *Feminist Reconfigurations of the Bio/logical body*. Edinburgh University Press.
- Swenson, W. M. (1961). Attitudes towards death in an aged population. *Journal of Gerontology*, 6. 49–52.
- Tejerizo, L.C., López-Sosa, M.C., Doyagüe, M.J., Velasco, M.J., Cabezas, M. y Lanchareta, J. (1992). Aspectos psicológicos y psiquiátricos del climaterio. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 7. 53-69.
- Templer, D. I., Ruff, C. F., y Franks, C. M. (1971). Death Anxiety: Age, sex, and parental resemblance in diverse populations. *Developmental Psychology*, 4. 108.
- Thorson, J. A., y Powell, F. G. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of Clinical Psychology*, 4. 691-701.
- Tomás- Sábado, J.L. y Abdel-Khalek, A.M. (2007). Spanish adaptation of the Collett-Lester fear of death scale. *Death Stud*, 31. 249-260.

- Tünnermann, B.C. (2007) « América Latina: identidad y diversidad cultural. El aporte de las universidades al proceso integracionista », Polis [En línea], 18 | 2007, Publicado el 23 julio 2012 en <http://journals.openedition.org/polis/4122> Consultado 29 abril 2021.
- Turner, B. (1992). *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology*. Routledge.
- Vargo, M. E., y Black, F. W. (1984). Attribution of control and the fear of death among first year medical students. *Journal of Clinical Psychology*, 40. 1525–1528.
- Vigotsky, L. (1934). *Pensamiento y lenguaje*. Fausto.
- Viney, L. L. (1984). Concerns about death among severely ill people. En F. R. Epting y R. A. Neimeyer (Eds.), *Personal meanings of death* (pp. 143–158). Hemisphere.
- Wagner, K. D., y Lorion, R. P. (1984). Correlates of death anxiety in elderly persons. *Journal of Clinical Psychology*, 40. 1235–1241.
- Wenger, M.A., Jones, F.N., y Jones, M.H. (1962). Emotional behavior. In D.K. Candland (Ed.). *Emotion: bodily change*. Princeton, N.J.: van Nostrand
- Zhang, S., Wang, J., Zhou, H., Rao, K. y Deng, X. (2003). Climacteric depression in Beijing. *Chinese Mental Health Journal*, 17 (5). 348-350.



