

■
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 secundaria⁴ (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

⁴ 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 ≥ 40 años no se consideran exitosas y en ≤ 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 sí le temen a la vejez, porque consideran que serán más 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 ≥ 40 años refieren una alta frecuencia de dolor en piernas. Mientras que las mujeres del grupo de ≤ 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 ≥ 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. Amenorrea⁵

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 Dios⁶

⁵ Ausencia de la menstruación. Puede darse por causas naturales como la menopausia como por problemas de salud.

⁶ 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.



