

Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Salud Pública
Maestría en Salud Sexual y Reproductiva

Trabajo Final

Título: Género y Climaterio. Construcción de la subjetividad

Autora: María Olga Bedogni
Licenciada en Psicología

Director: Dr. Carlos López

Año 2011

Miembros del Tribunal de Tesis según Resolución Nro 1870 (7.06.2011) de la U.N.C. Facultad de Ciencias Médicas. Secretaria de Graduados en Ciencias de la Salud:

- Prof. Dr. Ricardo Rizzi
- Prof. Dr. Carlos López
- Dra. Julieta Figueroa

A la memoria de mis padres.

A mis seres queridos: familia, amigos/as.

Mi agradecimiento a mi director, Dr. Carlos López, que me otorgó su confianza.

Mi agradecimiento a la paciente y minuciosa labor del Lic. Martín Eynard.

Mi reconocimiento a la colaboración del Lic. Diego Vigna.

Mi agradecimiento a la Jefa de Servicio de Climaterio del Hospital Universitario de Maternidad Nacional de Córdoba, Dra. Mónica Ñañez de Luchino.

Mi reconocimiento a la generosidad del Prof. Dr. Jorge García Salord, Jefe de Servicio de Urología del Hospital Nacional de Clínicas.

En especial, mi reconocimiento a la generosidad de todos los entrevistados: profesionales especializados y sobre todo a los consultantes, motivo de esta investigación.

Por último, mi agradecimiento personal y profesional a quien me acompañó en el proceso de este trabajo, Lic. Cristina Jacobo.

“La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta tesis “

ÍNDICE GENERAL

Resumen 10

Introducción 12

CAPÍTULO 1: GÉNERO 16

1.1. Concepto 16

1.2. Definición 21

1.3. Características 21

1.4. Género, masculinidad y paternidad 22

1.5. Género, femineidad, maternidad 24

1.6. Cuerpo y género 29

1.7. Género y techo de cristal 31

1.8. Género y salud mental 32

CAPITULO 2: CLIMATERIO 35

2.1. Concepto 35

2.2. Etimología 36

2.3. Perimenopausia 36

2.4. Menopausia 38

2.5. Postmenopausia 39

2.6. Hormonas y cambio 37

2.7. El ciclo menstrual normal 40

2.8. Alteraciones del ritmo menstrual 40

2.9. Síndrome climatérico 41

2.9.1. Inestabilidad vasomotora 42

2.9.2. Síndrome atrófico genito-urinario y
disminución de la libido 42

2.9.3. Síndrome psiconeurológico 43

2.9.4. Enfermedad cardiovascular 44

2.9.5. Osteoporosis 44

2.10. Terapia hormonal TH 45

2.2. Climaterio masculino 46

2.2.1. Concepto 46

2.2.2. Definición 47

2.2.3. Epidemiología 47

- 2.2.4. Endocrinología 48
- 2.2.5. Cambios reproductivos normales 49
- 2.2.6. Síndrome climaterio masculino 49
 - 2.2.6.1. La disfunción eréctil 50
 - 2.2.6.2. Función urinaria 51
- 2.2.7. Climaterio. Visión antropológica 51
- 2.2.8. Climaterio. Aspectos psicológicos 55
- 2.2.9. Climaterio. Aspectos psicosociales 57
- 2.2.10. Climaterio. Aspectos familiares 58
- 2.2.11. Climaterio. Aspectos económicos 59
- 2.2.12. Climaterio. Sexualidad 59
- 2.2.13. Climaterio. Mitos y creencias 62

CAPITULO 3: SUBJETIVIDAD 63

- 3.1. Proceso de socialización 63
- 3.2. Crisis 71
 - 3.2.1. Crisis de desarrollo 72
- 3.3. Subjetividad femenina 76
- 3.4. Subjetividad masculina 80
- 3.5. Subjetividad. Construcción del esquema e imagen corporal 87
- 3.6. Subjetividad y sexualidad 95
- 3.7. Subjetividad femenino/masculino 97
- 4. Objetivos (generales y específicos) 102
- 5. Diseño metodológico 103
- 6. Análisis de datos – Discusión 106
- 7. Conclusiones 162
- 8. Bibliografía 167
- 9. Anexos 175
 - 9.1. Encuesta sexo masculino 175
 - 9.2. Encuesta sexo femenino 178
 - 9.3. Tabla 2 - 181
 - 9.4. Tabla 3 - 182
 - 9.5. Tabla 4 - 183
 - 9.6. Tabla 5 - 185

- 9.7. Tabla 6 - 187
- 9.8. Tabla 7 - 195
- 9.9. Tabla 8 - 202
- 9.10. Tabla 9 - 207
- 9.11. Tabla 10 - 208
- 9.12. Tabla 11 y 11^a - 216
- 9.13. Tabla 12 - 219
- 9.14. Tabla 14 - 220
- 9.15. Tabla 15 - 221
- 9.16. Tabla 16 - 222
- 9.17. Tabla 17 - 223
- 9.18. Tabla 18 - 226
- 9.19. Tabla 22 - 228
- 9.20. Tabla 23 - 234
- 9.21. Tabla 24 - 235
- 9.22. Tablas 25 a – j - 236
- 9.23. Tabla 27 - 267
- 9.24. Tabla 28 - 268
- 9.25. Tabla 29 - 271
- 9.26. Tabla 30 - 272
- 9.27. Tabla 31 - 275
- 9.28. Tabla 32 - 276
- 9.29. Tabla 33 – 277
- 9.30. Tabla 34 - 278
- 9.31. Tabla 35 - 281
- 9.32. Tabla 36 - 284
- 9.33. Tabla 37 - 289
- 9.34. Tabla 38 - 292
- 9.35. Tabla 39 - 295
- 9.36. Tabla 40 - 296
- 9.37. Tabla 41 - 299
- 9.38. Tabla 42 - 300
- 9.39. Tabla 43 - 301

- 9.40. Entrevista en profundidad semi estructurada 304
- 9.40.1. Entrevista a Dra. Yolanda Bertazzo 305
- 9.40.2. Entrevista a Dr. Elisardo Dávila 306
- 9.40.3. Entrevista a Dr. José Sottano 307
- 9.40.4. Entrevista a Dr. Enrique Wolleweider 309
- 9.40.5. Entrevista a Lic. Ana Reino 310
- 9.40.6. Entrevista a Dr. Aldo Carignano 312
- 9.40.7. Entrevista a Dr. Eduardo Saurina 313
- 9.40.8. Dr. Isaías Gasparotti 314
- 9.40.9. Entrevista a Dra. Teres Juárez 315
- 9.40.10. Entrevista a Lic. Cristina Jacobo 318
- 9.40.11. Entrevista a Dr. Pablo Cortés 319
- 9.41. Síntesis de entrevistas 322

Resumen

El climaterio está influenciado por el entorno socio-cultural en el que los sujetos se encuentran inmersos.

El objetivo fue analizar y comparar qué significados y percepciones le asignaron a esta etapa varones y mujeres mayores de 40 años, en dos hospitales de jurisdicción nacional de Córdoba, desde junio a septiembre del 2009.

El estudio fue exploratorio, con un muestreo no probabilístico por cuotas (n = 249). Se estudiaron las manifestaciones biosicosociales, las representaciones sociales y los proyectos de vida de mujeres y varones en etapa de climaterio, mediante encuestas. Se entrevistaron a profesionales de la salud con consultantes en climaterio.

Se analizaron los datos con los software SPSS v 13 y Microsoft Excel 2007 y se triangularon. En base a los objetivos planteados, los principales resultados indicaron que: a) a partir de la descripción biosicosocial de la muestra pudimos obtener un panorama general sobre sus diferencias y semejanzas; b) las representaciones sociales en torno al climaterio fueron en su mayoría negativas y neutras; además, esta etapa, para las mujeres estuvo naturalizada, mientras que para los hombres, invisibilizada; c) fue mayoritario el porcentaje de personas que percibieron que sí se podían hacer proyectos de vida en la etapa del climaterio, a pesar de que no identificaron, en términos generales, ventajas ligadas a esta etapa.

Palabras clave: GÉNERO – CLIMATERIO – FEMENINO – MASCULINO – SUBJETIVIDAD – CONSTRUCCIÓN

Abstract

The climacteric period is influenced by the socio-cultural environment in which individuals are embedded.

The objective was to analyze and compare what meanings and perceptions assigned to this stage men and women over 40 years in two hospitals of national jurisdiction of Cordoba, from June to September 2009.

The study was exploratory, with a non-probability quota sampling (n = 249). Biopsychosocial manifestations, social representations and life plans of climacteric male and female were studied through surveys. We interviewed health professionals with consultants in climacteric period.

Data was analyzed and triangulated with SPSS v.13 and Microsoft Excel 2007 software. Based on the objectives, the main results indicated that: a) from the biopsychosocial description of the sample we were able to obtain an overview of their differences and similarities, b) social representations about climacteric were mostly negative and neutral, in addition, this stage was naturalized by women, while for men, invisibilized, c) it was a majority the percentage of people who perceived that life plans could be made in the climacteric period, although they not identified, in general, advantages related to this phase.

Key words: GENDER – CLIMACTERIC – FEMENINE – MASCULINE – SUBJECTIVITY – CONSTRUCTION

INTRODUCCIÓN

El género es una forma de clasificar los fenómenos de la vida en masculinos y femeninos. Está entrelazado en todos los aspectos de la vida de cada ser; no hay conexiones universales, necesarias, naturales, fijas, ni esenciales entre sexo y género, entre la naturaleza y los patrones de género usados en el proceso de socialización de un ser. Masculinidad y femineidad son construcciones que reposan en complejas elaboraciones simbólicas, articuladas con relaciones sociales. (1)

En cuanto al climaterio, se trata de una etapa más en la vida evolutiva de varones y mujeres, influenciada por el entorno socio-cultural en el que están inmersos. Sin embargo, en la consulta clínica psicológica el significado que se le otorga es diferente. En este sentido, el climaterio es una experiencia subjetiva que puede ser vivenciada de diversas maneras, dependiendo de los contextos sociales y culturales en los que se encuentre el sujeto. Las creencias culturales se fundamentan en varios elementos: en los modelos de rol sexual, en la definición del cuerpo y la belleza y en la consideración social de la vejez. En general, los varones tienden a silenciar el síndrome de esa etapa, mientras que las mujeres tienen más naturalizada la etapa del climaterio, quizás porque su cuerpo desde edades tempranas está más medicalizado (ejemplos: visitas al ginecólogo desde la menarca, controles anuales, controles por natalidad, embarazo, etc.).

Algunos autores –Coria, C., Freixas A., Covas, S. (2); Burin, M., Meler I. (3) y (4); Rodríguez B. (5), Dio Bleichmar, E. (6), Pittman, F. (7) – señalan al período de la edad adulta –entre los 40 y 55 años aproximadamente– como una etapa de cambios significativos. Argumentan y destacan la importancia de los factores biológicos y socioculturales. Así, por una parte, se considera el climaterio como fenómeno específico dentro de la historia del desarrollo del ser humano y, por otra, se estudia su expresión circunstancial dentro del marco social en el que se desarrolla.

La crisis de la mitad de la vida lleva a los sujetos a sentirse autorrealizados o fracasados y, además, es el momento en que se replantean su identidad de género. Los roles tienden a flexibilizarse, dando en algunos casos nuevos significados a las expectativas sociales, laborales, familiares y personales que recaen sobre ellos. No obstante, en este momento en que las expectativas de vida aumentan de manera favorable, un período de crisis aguarda al sujeto; período que representa la reconstrucción de su subjetividad, cuando debe enfrentarse con su propio envejecimiento.

El climaterio representa en la vida de un/a varón/mujer “la profunda escisión que hay entre cultura y biología, y lo difícil que resulta en ocasiones, aproximar ambas cuando entre las dos media la ignorancia”. (8) Cómo hacer visible lo invisible. Cómo hablar de aquello que se silencia.

Elizabeth Badinter (9) afirma que

La diferencia de los sexos es un hecho pero no predestina a roles y funciones. No existe una psicología masculina y una psicología femenina impermeables la una a la otra, ni dos identidades sexuales fijadas en piedra. Una vez adquirido el sentimiento de su identidad, cada adulto hace con ella lo que quiere o lo que puede. Al poner fin al carácter todopoderoso de los estereotipos sexuales, se abrió una senda para el juego de lo posible. No es como se ha dicho, la instauración del triste reino del unisex. Al contrario: es la condición de su multiplicidad y de nuestra libertad.

A saber, en la crisis de la edad adulta (climaterio femenino y masculino) se toman en cuenta cambios biológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales. En particular, los mitos, las fantasías y ansiedades que surgen están referidos a la salud, al envejecimiento del propio cuerpo y al temor a perder el status social. Este proceso de integrar su realidad biosicosocial genera en el sujeto miedo al cambio. Luego se produce una crisis, y surge una nueva posición en su propia existencia.

Así el sujeto, cuando siente que llega al punto medio de su vida, comprueba que deja de crecer y comienza a envejecer. Es decir, la niñez y la juventud pasaron y se debe realizar el duelo por ellas. Enfrenta un nuevo conjunto de circunstancias externas: ha vivido la primera fase de la vida adulta, ha construido su familia o no y su ocupación. Además, sus padres han envejecido o han muerto y los hijos –si tiene– se están independizando.

Luego, el logro de la adultez (madura e independiente) se presenta como la principal tarea psicológica. La paradoja que se produce puede traducirse en que es la etapa de plenitud, a pesar de que la muerte está más próxima. En consecuencia, el enfrentamiento con lo inevitable de la propia finitud es un rasgo crucial de la mitad de la vida. Así, en lugar de concebir la muerte como una idea general o un acontecimiento experimentado en términos de la pérdida de algún ser allegado, se convierte en una realidad personal. Por consiguiente, aparecen decisiones de mejorar la calidad de vida, permitirse mayores gratificaciones y no postergarse.

Asimismo, el sujeto se enfrenta con un verdadero duelo por cosas y situaciones que no volverá a tener. En particular, es el duelo por diferentes pérdidas: por los años de

juventud que quedaron atrás y no se recuperarán, por las posibilidades frustradas, por lo ambicionado, por lo no alcanzado, por el tiempo perdido. A veces, este sentimiento depresivo no es tolerado; se busca, por el contrario, la actividad maníaca, el placer y el éxito fácil.

Hay que destacar que los intentos compulsivos por permanecer jóvenes, en algunos varones y mujeres, son frecuentes. Así, surgen las distintas estrategias y técnicas engañosas como tentativas de correr una carrera contra el tiempo, si bien la solución saludable sería elaborar esta vivencia de pérdida y utilizar la propia confianza en uno mismo.

Las construcciones sociales tradicionales de lo femenino y lo masculino atraviesan, en esa etapa evolutiva, por un proceso de crisis que genera profundas ansiedades y se resignifican conflictos no resueltos de edades tempranas, dando lugar a la reconstrucción de la subjetividad en la etapa del climaterio.

Este trabajo tiene el propósito de reivindicar el lugar de la mujer y del varón en la etapa del climaterio y la construcción de su subjetividad. En consecuencia, aspira a una revisión bibliográfica sobre esa etapa evolutiva que permita analizar tabúes sobre su condición. Además, pretende contribuir a la cimentación de un referente teórico-clínico, que facilite la tarea interdisciplinaria de los profesionales de la salud que esta crisis vital convoca.

No obstante, no agota sus objetivos en estas propuestas, sino que intenta servir como instrumento preventivo en la etapa del climaterio, tanto en el abordaje (de los profesionales), como en la vivencia (de varones y mujeres involucrados), que puede convertirse en un tiempo creativo de la vida.

En consecuencia, surgen interrogantes sobre la etapa del climaterio femenino/masculino: cómo lo viven; qué sienten; qué piensan; qué proyectan.

La revisión bibliográfica (marco teórico) es ecléctica, con motivo del alcance transdisciplinario de esta problemática. Así, se entiende como transdisciplinario aquellos procesos de producción intelectual que atraviesan diversas disciplinas, disolviendo sus fronteras. Luego, resulta necesaria una propuesta integradora que permita articular los discursos: psicológico (de distintas escuelas), antropológico, social y biológico. Con motivo del ordenamiento coherente de un tema tan vasto como el propuesto, se dará una disposición en apartados temáticos (género, climaterio, subjetividad) que facilitarán tanto la exposición como la comprensión del mismo. Las fuentes utilizadas en el marco teórico son documentos primarios y secundarios.

Por último, el estudio de esta etapa evolutiva (climaterio) permitirá la revisión del universo simbólico relativo a la construcción social sobre lo que significa ser *femenino* o *masculino* en la población objeto de nuestro estudio, en el Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología – Servicio de Ginecología: Especialidad de Climaterio, y en el Hospital Nacional de Clínicas – Servicio de Urología, ambos de la ciudad de Córdoba.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1

GÉNERO

1.1. Concepto

El *género* es un concepto que, si bien existe desde hace tiempo, en la década de los setenta empezó a ser utilizado en las ciencias sociales como categoría con una acepción específica. La antropología ha establecido que la asimetría entre hombres y mujeres significa cosas distintas en lugares diferentes. La posición de varones y mujeres (posibilidades, limitaciones, actividades) varía de cultura en cultura.

Así, *género* es un concepto social que asigna roles y tareas a cada uno de los sexos. Estos roles definen aquello que se entiende como femenino o masculino, y construyen el sistema de creencias sociales sobre el significado de ser varón y mujer en un contexto determinado. Así, se hace referencia al sexo como una categoría biológica: referido a lo masculino o lo femenino. (10)

Asimismo, Burin y Meler (4) entienden los estudios de *género* como el segmento de producción de conocimientos que se ha ocupado de este ámbito de la experiencia humana: las significaciones atribuidas al hecho de ser varón o ser mujer en cada cultura y en cada sujeto.

Las autoras citadas afirman:

[...] los modos de pensar, sentir y comportarse de ambos géneros, más que tener una base natural e invariable, se deben a construcciones sociales y familiares asignadas de manera diferenciada a mujeres y a hombres. Por medio de tal asignación a partir de estadios muy tempranos en la vida de cada infante humano, unas y otros incorporan ciertas pautas de configuración psíquica y social que dan origen a la feminidad y la masculinidad.

Además, la antropóloga Héritier (11) reflexiona sobre las diferencias y manifiesta que el concepto de femenino o masculino cambia en diferentes culturas y que esa asignación es una construcción social; es decir, una interpretación social de lo biológico. Así, lo que hace “femenina” a una hembra y “masculino” a un macho no es la biología (el sexo), pues de ser así no se plantearía el problema. El sexo biológico, salvo algunas excepciones, es claro y constante. Si por el sexo estuvieran acordadas las características de género, las mujeres siempre serían consideradas femeninas y los varones, masculinos. Además, estas particularidades serían universales.

Masculinidad y femineidad son construcciones que reposan en complejas elaboraciones simbólicas, articuladas con representaciones sociales. En particular, son

construcciones histórico-culturales y políticas, carentes de esencia alguna. Son, asimismo, categorías polifónicas. Cada época, en función de sus necesidades, delimita lo propio para cada sexo, desde un lugar ilusorio de naturalidad y atemporalidad. Lo imaginario social organiza el orden de lo ilusorio para cada sexo, instituyendo los géneros femenino y masculino. (12)

Ana Fernández (12) expresa que desde hace tiempo las categorías de lo femenino y masculino han entrado en revisión. Ambos géneros sexuales han comenzado un cambio de subjetividad, en tanto se ha abierto un proceso de modificación de la imagen de sí y del otro. Asimismo, manifiesta: “Es el universo de significaciones que legitima las desigualdades entre los géneros lo que ha comenzado a entrar en crisis”.

La división en géneros, fundamentada en la anatomía de las personas, supone formas determinadas representadas como complementarias y excluyentes. Estas formas –la femenina y la masculina– se encuentran presentes en personas cuya anatomía, a veces, no corresponde al género asignado. Es decir, la manera en que la cultura acepta o rechaza la correspondencia entre sexo y género varía.

Fernández (12) expresa que “feminidad y masculinidad son términos que hablan de condiciones inherentes o irreductibles del ser de mujeres y hombres respectivamente: en tal sentido constituyen características, pero también categorías ahistóricas y universales”. En tal sentido, la autora hace referencia a que tales conceptos son una construcción social compartida y recreada por hombres y mujeres. Una imagen producto del entrecruzamiento de diversos mitos del imaginario social, desde el cual hombres y mujeres intentan dar sentido a sus prácticas y discursos. Así, el discurso de la “naturaleza femenina” que se perfiló en otros siglos consagró la narrativa particular de la mujer: frágil, emotiva, dependiente, sexualmente pasiva y predestinada a la maternidad. Narrativa que todavía mantiene cierta relevancia en algunos espacios.

En este trabajo cuando se habla de *construcción* se hace referencia a que los seres humanos construimos, creamos la realidad desde nuestra experiencia. Dentro del constructivismo encontramos algunos representantes de diversas corrientes. Así, dentro del constructivismo radical a Von Glasersfeld y dentro del contruccionismo social a Kenneth Gergen, entre otros.

García (13), por su parte, manifiesta que se entiende por *género* “la construcción sociocultural de la diferencia sexual, aludiendo con ello al conjunto de símbolos,

representaciones, reglas, normas, valores y prácticas que cada sociedad y cultura elabora colectivamente a partir de las diferencias corporales de hombres y mujeres.”

Si bien la antropología daba ese sentido de construcción cultural a lo que llamaba papel o status sexual, no fue ésta la disciplina que, en las ciencias sociales, la utilizó con el sentido de construcción social de lo femenino y lo masculino; sino que fue la psicología la disciplina que incluyó el concepto de género. Aunque ya los estudios de Money en 1955 hablaban de *género* con esta intención, fue Robert Stoller, en su obra *Sex and Gender* de 1968, quien estableció en forma concisa la diferencia entre sexo y género. Al mismo tiempo que se realizaban estudios sobre trastornos de la identidad sexual, se definía con precisión el sentido de género. En América Latina, a fines de los años ‘80 y principio de los ‘90, el concepto adquirió consistencia y comenzó a tener impacto. (14)

Desde el punto de vista de la identidad de género, si bien todos los sujetos construyen la identidad a partir de una relación positiva de inclusión (identificarse o parecerse a otro), el varón estaría más propenso a marcar diferencia durante la mayor parte de su vida, alejándose del lugar de origen: su madre.

Esas situaciones condujeron a sostener que la determinación de la identidad y el comportamiento de género no están marcados por el sexo biológico, sino por la situación de vivir desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidas a cierto género. En definitiva, concluyó que la asignación y adquisición de una identidad es mayor que la carga genética, hormonal y biológica.

Desde la perspectiva psicológica, *género* es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas:

a) La *asignación de género* (rotulación, atribución) se realiza en el momento en que nace el/la bebé a partir de la apariencia externa de los genitales. En la actualidad, con la ecografía, se anticipa dicha atribución. A veces dicha apariencia está en contradicción con la carga cromosómica y, si no se detecta esta contradicción, o se prevé su resolución o tratamiento, se generan trastornos.

b) La *identidad de género* se establece al mismo tiempo en que el infante adquiere el lenguaje, y es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos. El niño construye su identidad en el proceso de socialización, y el género al que pertenece es signado en todas sus manifestaciones: sentimientos, comportamientos, juegos, actitudes de niño o de niña.

c) El *rol de género* se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Hay variaciones de acuerdo a la cultura, a la clase social, al grupo étnico y hasta al nivel generacional de las personas.

Goodrich (10) considera que los roles de género sitúan a los hombres en una posición dominante y a las mujeres en una posición subordinada. Esta organización marca diferencias entre ambos y origina la asignación de tareas; en consecuencia, se produce polaridad y rigidez en algunos casos.

Las identidades genéricas y los roles asignados responden a la jerarquía social. Son producto de la confluencia de factores en permanentes cambios: biológicos, socioculturales e histórico-políticos. Los mandatos del “deber ser” de mujeres y varones obedecen a la ideología que predomina en el contexto en que están inmersos. (14)

Judith Butler (15) afirma que:

[...] comprender el género como una categoría histórica es aceptar que el género, entendido como una forma cultural de configurar el cuerpo, está abierto a su continua reforma, y que la “anatomía” y el “sexo” no existen sin un marco cultural. [...] La atribución misma de la feminidad a los cuerpos femeninos como si fuera una propiedad natural o necesaria tiene lugar dentro de un marco normativo en el cual la asignación de la feminidad o lo femenino es un mecanismo para la producción misma del género. Términos tales como “masculino” y “femenino” son notoriamente intercambiables; cada término tiene su historia social; sus significados varían de forma radical dependiendo de límites geopolíticos y de restricciones culturales sobre quién imagina a quién, y con qué propósito. [...] Los términos para designar el género nunca se establecen de una vez para todas, sino que están siempre en el proceso de estar siendo rehechos.

La autora (15) muestra su interés en las propuestas que tienen que ver con la discriminación basada en normas de género. Manifiesta que debemos alinearnos con personas con las que compartimos objetivos y no con personas con las que compartimos el género, en especial en lo que se refiere a la igualdad.

Butler (15) sostiene que: “El género es el aparato a través del cual tiene lugar la producción y la normalización de lo masculino y lo femenino”. [...] Manifiesta que es el mecanismo a través del cual se producen y se naturalizan las nociones de lo masculino y lo femenino, pero el género bien podría ser el aparato a través del cual dichos términos se reconstruyen y se desnaturalizan.

Si bien el género está ligado a múltiples campos de aplicación, este trabajo se centra en cómo incide la perspectiva de género en la etapa evolutiva del climaterio (femenino/masculino) y en la manera en que hombres y mujeres construyen su subjetividad en ese período.

1.2. Definición

Quintero Velásquez (16) define al *género* como una: “construcción cultural y social para revisar críticamente la identidad de hombres y mujeres, que es diferente y cambiante de acuerdo con la época y el contexto histórico, económico y político”.

Asimismo, Susana Gamba et al (14) definen a los *estudios de género* como: “una categoría transdisciplinaria que desarrolla un enfoque globalizador y remite a los rasgos y funciones psicológicas y socioculturales que se atribuye a cada uno de los sexos en cada momento histórico y en cada sociedad.”

Las autoras (14) definen al *género* como una:

[...] noción teórica compleja, que alude tanto a las atribuciones que las figuras significativas otorgan al/la niño/a como también a las representaciones que brinda el orden cultural imperante acerca de los modos de la femineidad y de la masculinidad. Y, al mismo tiempo, es una conceptualización que representa la vivencia íntima que tiene el individuo sobre sí mismo.

Asimismo, Goodrich (10) define al *género* como el conjunto de conductas atribuidas por la sociedad a los varones y a las mujeres. Se relaciona con lo que cada sociedad le atribuye a cada sujeto. Los agrupamientos sociales elaboran regulaciones que prescriben los desempeños de género y proscriben otros.

En efecto, el sexo es la diferencia genital inscrita en el cuerpo.

Gamba et al. (14) hacen referencia a la perspectiva de *género*, y la definen como:

[...] los marcos teóricos adoptados para una investigación, capacitación o desarrollo de políticas o programas, implica: a) reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social y discriminatorias para las mujeres; b) que estas relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas, y c) que atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual y religión.

La *perspectiva de género* opta por una concepción epistemológica que se aproxima a la realidad desde la mirada del género y sus relaciones de poder. Es decir que esta perspectiva no está subordinada a que la adopten las mujeres ni está dirigida solamente a ellas. La cuestión de género no es un tema más para agregar, como si se tratara de un anexo a la cultura; sino que las relaciones de desigualdad entre los géneros tienen sus efectos de producción y reproducción de la discriminación, y adquieren expresiones concretas en diferentes ámbitos.

Blanca Montevechio (17), al referirse a *la subjetividad y la identidad de género*, expresó que se plasman en cada caso particular conforme con la significación pautada por la sociedad que da sentido y es mediado por la familia.

Silvia Bleichmar (18), por su parte, manifiesta que “el *género* no está atravesado por la diferencia sexual anatómica; está determinado por los modos con que cada cultura organiza las premisas que hacen que alguien sea hombre o mujer –lo ‘natural’ del hombre es profundamente arbitrario–”.

1.3. Características

Algunas autoras como Gamba et al. (14), y Burín y Meler (4) afirman que si bien existen divergencias en la forma de conceptualizar la categoría de género, es una definición de carácter histórico-social acerca de los roles, las identidades y los valores que son atribuidos a varones y mujeres que se internalizan mediante los procesos de socialización. Algunas de las principales características y dimensiones del género son las siguientes:

a) Es una construcción socio-histórica.: varía de una sociedad a otra, como así también de una época a otra.

b) Es una relación social: porque descubre las normas y costumbres que determinan los vínculos entre mujeres y varones.

c) Es una relación de poder: Algunos estudios hacen referencia, por un lado, a la predominancia del ejercicio del poder de los afectos en el género femenino y, por otro, el poder racional y económico en el género masculino.

d) Es una relación asimétrica: si bien las relaciones entre varones y mujeres admiten distintos modos de interacción, con frecuencia se configuran como dominación masculina y subordinación femenina.

e) Es abarcativa: hace referencia a los procesos que se dan en la sociedad (instituciones, sistemas económicos, políticos).

f) Es transversal: atraviesa todo la urdimbre social y, además, se relaciona con otros factores (edad, estado civil, educación, etnia, etc.).

g) Es propuesta de inclusión: porque las problemáticas de relaciones de género se resuelven si hay cambios en varones y mujeres.

h) Es una búsqueda de equidad: que será posible si las mujeres conquistan el poder en su sentido amplio (dirigir, elegir, ser elegida, etc.).

Bleichmar (18) manifiesta que uno de los riesgos que entraña el rumbo que ha tomado la categoría de *género* es la tendencia a emplazar y polarizar el sexo del lado de lo biológico, y el género del lado de lo social.

La enumeración precedente no es exhaustiva; antes bien, se trata de aspectos abiertos en pleno desarrollo orientados a crear nuevas construcciones de sentido, para que hombres y mujeres visualicen su masculinidad y su femineidad a través de vínculos no jerarquizados ni discriminatorios.

1.4. Género, masculinidad y paternidad

David Gilmore (19) considera que la *masculinidad* es una construcción que parte de un ideal representado en la cultura colectiva. Gamba et al. (14), entre otros autores, argumentan que la representación de lo masculino varía de una cultura a otra, y también en diferentes tiempos históricos.

La identidad masculina pensada como construcción cultural, reproducida socialmente, no puede definirse fuera del contexto en el cual se registra. Esa construcción se desarrolla durante toda la vida: con la cooperación de distintas instituciones que forman modalidades de estar en el cuerpo, de sentir, de pensar y de actuar el género. En cambio, a la vez, establecen posiciones institucionales signadas por la pertenencia de género. Esto equivale a decir que existe un lugar privilegiado, una posición valorada positivamente para estas identidades dentro del sistema de relaciones sociales de género. (14)

Algunas investigaciones (18) sobre la construcción social de la masculinidad esbozan la presencia de un modelo hegemónico. Este modelo opera al mismo tiempo en dos niveles: por un lado, en el nivel subjetivo, se plasma en proyectos identitarios (actitudes, comportamientos y relaciones interpersonales); por otro, en el nivel social, afectando la manera en que se distribuirán –en función del género– los trabajos y los recursos de los que dispone una sociedad.

Estudios realizados en distintos países latinoamericanos coinciden en resaltar algunos de los atributos de la masculinidad hegemónica contemporánea: componentes de productividad, iniciativa, heterosexualidad, asunción de riesgos, capacidad para tomar decisiones, autonomía, racionalidad, disposición de mando y no demostrar emociones frente a otros varones y en el mundo de lo público. (14)

Asimismo, Gilmore (19) hace referencia en un estudio etnográfico qué significa ser varón en distintas culturas. Afirma en el mismo que todas las sociedades distinguen entre masculino y femenino; y además, todas las sociedades proporcionan papeles sexuales aprobados para los hombres y mujeres en edad adulta. En su investigación se dedicó a estudiar cómo las distintas culturas construyen la subjetividad de la masculinidad

apropiada. Es decir, cómo construir la verdadera virilidad es diferente de la simple masculinidad anatómica, que no se produce espontáneamente por una maduración biológica, sino por un estado precario o artificial que los muchachos deben conquistar con dificultad.

Es decir, ciertos espacios sociales facilitan ritos colectivos que empujan a los jóvenes por pasos secuenciales hasta una virilidad inequívoca. Estos ritos dramatizan la transición masculina mediante un proceso bien definido de investidura ritual con sus emblemas y culminan con el otorgamiento público de la condición de adulto que equivale a la virilidad. (19)

A partir de esta noción tanto en sociedades antiguas como modernas, los estudios sobre masculinidades surgidos en las últimas décadas abundan en referencias a los mandatos que los varones reciben de su entorno, y esto está también presente en trabajos empíricos. En talleres y entrevistas realizadas en Colombia, los varones independientemente de su edad o inserción social, mostraban haber recibido durante su infancia la prescripción de actuar conforme a ciertas reglas explícitas o implícitas respecto de prácticas consideradas típicamente masculinas: entrenar su fuerza física y ponerla a prueba a través de peleas, no ser vagos (dedicarse a ser buenos estudiantes o dedicarse al trabajo), no llorar, no vestirse con ropas femeninas, etc. (14)

No todos los varones viven ni valoran del mismo modo los esquemas de masculinidad hegemónica, pero todos los conocen. Todos han sido, de uno u otro modo, socializados dentro de este modelo. Las mujeres también los conocen, y muchas esperan que los varones realmente se comporten siguiendo este paradigma; crían a sus hijos varones de acuerdo con este esquema y critican a sus compañeros si no alcanzan a cumplir con lo que se espera de ellos. En pocas palabras: varones y mujeres participan en la construcción de la masculinidad como una posición privilegiada. Ellos y ellas colaboran en la creación de esta sensación generalizada de que “ser varón es importante”. (14)

En particular, la *paternidad* hace referencia a la función, al rol. La paternidad contemporánea aparece como una opción subjetiva y una relación vivida. Los aspectos subjetivos y vinculares confirman su importancia y es donde el proceso de individuación se intensifica. Lo que hace a un padre no es la sangre o el apellido; sino más bien el que ama, cuida y disfruta de la relación con su hijo/a. (20)

Irene Meler (20) se refiere a los efectos subjetivos del ejercicio de la parentalidad de los varones contemporáneos, considera que la transmisión entre generaciones permite a

los padres elaborar los traumas de la propia infancia y reparar los vínculos conflictivos con sus propios padres. Sin embargo, la participación en la crianza implica el riesgo de la repetición, muy frecuente en los casos de violencia familiar y que también se produce en varones criados sobre la base de la exigencia y el control emocional.

Por otra parte, entre las consideraciones generales, la autora (20) destaca una problemática por momentos contradictoria que expresa la situación del ejercicio de la paternidad. Si bien la mayoría de los varones refiere un profundo sentido de responsabilidad, la ambivalencia entre el discurso y las prácticas sobre el ejercicio del rol paterno se traduce en las propias experiencias en lo que atañe a la atención cotidiana de los niños.

En síntesis, la autora (20) plantea la posibilidad de pensar la paternidad no en términos opuestos con la maternidad; por el contrario, se trata de que el padre logre una posición subjetiva que viva por sí misma, no en una relación de tensión con la madre, sino desde sí para su hijo, con deseos propios a desplegar en el vínculo paterno-filial.

Por su parte, Miriam Alcira Alizade (21) agrega que la masculinidad se constituye en formas de sentir, de actuar y de pensar en un contexto determinado. La masculinidad tiene que ver con el hacer, producir, tener, adquirir. Constituye una fuerza de acción importante que el hombre ejerce desde su ancestral capacidad de autonomía y de sostén económico de la familia. La representación social de lo masculino es que penetra, posee, domina, sostiene.

En síntesis, la masculinidad es un conjunto de actitudes del género masculino que culturalmente resalta en un varón sus cualidades viriles como semental o macho dominante frente a otro. Se refiere a los comportamientos y formas que dentro de una cultura se asocian con los hombres. Es importante separar su definición de la concepción sexual que se da por el sistema reproductivo, ya que la masculinidad se refiere a una combinación de rasgos culturales y biológicos.

1.5. Género, femineidad y maternidad

Al hablar de *femineidad* en tanto abstracción, es conveniente tomar en cuenta la singularidad de la persona habitada por esa femineidad. (21)

La femineidad es un elemento psíquico; propiedades que se transmiten de generación en generación con ciertas características universales. La cultura y los cambios sociales modifican en mayor o menor medida su presentación y exteriorización: la pueden deformar,

sofocar, exaltar, pero no aniquilar totalmente o anular en forma definitiva. En ese sentido, Alizade (21) expresa que la femineidad “echa sus raíces en la carne de un cuerpo de mujer, en los códigos milenarios que la atraviesan, en sus destinos corporales”.

Todos los seres humanos poseen en su psiquismo aspectos femeninos y aspectos masculinos. Las dos posiciones (masculina y femenina) son ejes fundamentales del funcionamiento mental y ambas están presentes en distintas proporciones en hombres y mujeres, de la misma manera que todo ser humano posee hormonas masculinas y femeninas.

Cuando un hombre es únicamente masculino y una mujer únicamente femenina, se pierde en la intimidad del mundo interior la complementariedad de las funciones psicosexuales y la riqueza de la unión de los opuestos.

La maternidad fue enaltecida como función, la gran madre poderosa ocupó un lugar de influencia en la familia. (21)

En cambio, si se limita al terreno fisiológico, se aprecia que la construcción histórica de la maternidad es equivalente a la reproducción de la especie. En pocas palabras, la existencia femenina entraña –entre otras– la categoría de madre; sin embargo, no agota la condición de mujer. Sucintamente, las representaciones de la maternidad, lejos de ser un reflejo o un efecto directo de la maternidad biológica, son producto de una operación simbólica que asigna una significación a la dimensión materna de la femineidad y, por ello, son al mismo tiempo portadoras y productoras de sentido. Recapitulando, lo femenino y lo maternal mantienen relación, sin coincidir totalmente ni disociarse. (14)

La femineidad se asocia con el aspecto maternal de una mujer y con su capacidad de espera. Está vinculada al ser, al estar ahí, presente, dispuesta, firme. En la femineidad reside un enorme poder. (21)

La noción de femineidad, ligada casi en exclusivo a la capacidad de engendrar y al cuidado la vida humana, es una construcción cultural. La reproducción de los organismos es un hecho biológico que se localiza en el cuerpo de la mujer. Si bien se trata de un fenómeno biológico, tiene connotaciones afectivas importantes dado que ha contribuido a la subordinación histórica de las mujeres.

En cuanto a la maternidad, es necesario para un abordaje comprensible incluir ciertos aspectos subjetivos que constituyen una poderosa fuerza de acción o identificación de las prácticas maternas. En particular entran en juego fuerzas sociales que operan en la subjetividad de las mujeres, y que podrían ser analizadas a través de lo que aquí se

denominan “mitos sociales de la maternidad”. Es decir, todo lo que hace que una mujer sea “buena o mala madre”.

Fernández (12) se plantea así “la producción y reproducción de un universo de significaciones imaginarias constitutivo de lo femenino y lo masculino moderno que forman parte no sólo de los valores de la sociedad sino también de la subjetividad de hombres y mujeres”. Asimismo, Gamba et al. (14) hace referencia a la maternidad, y manifiesta que la ecuación mujer = madre no responde a una esencia, sino a una construcción social.

Fernández (12), en su estudio sobre los mitos de la maternidad, manifiesta que nuestra sociedad organiza el universo de significaciones en relación con la maternidad (“la esencia de la mujer es ser madre”) y agrega que es importante que se diferencie “reproducción” de “maternidad”. La reproducción hace referencia al orden de la especie; la maternidad entra en el orden de la cultura, de lo social, de lo afectivo.

Héritier (11) agrega que “la idea de la legitimidad de la necesidad femenina de ser madre es concebida de alguna manera como la contraparte de la licitud de la satisfacción de la necesidad sexual masculina”. Si bien la autora reconoce la asimetría (masculina/femenina) en la dimensión fisiológica/biológica maternal en cuanto a la gestación y a la alimentación de los niños (cuando se los amamanta), en cambio agrega que no debe usarse en detrimento de éstas reduciendo los honores de lo simbólico a lo masculino.

El feminismo ha abordado el tema desde tres propuestas distintas: a) un rechazo de la identificación de lo femenino con lo materno; b) marcar la contradicción social de asumir la maternidad en lo privado pero su desvalorización y exclusión en el espacio público, y c) proponer una perspectiva constructivista que tienda a un análisis profundo de la construcción de representaciones maternas y del proceso a través del cual instituyen o conforman la realidad.

Fernández (12) reflexiona sobre el tema y afirma que las mujeres somos hijas de mujeres que estuvieron insertas en el paradigma (mujer = madre) y que, en consecuencia, nos transmitieron una profunda ambivalencia al respecto: un mandato de proseguirlo, pero también su malestar, su dolor. La maternidad no se reduce a la transmisión de un patrimonio genético, sino que se sitúa en el plano de la transmisión simbólica de la cultura. El deseo de un hijo se presenta –a veces– como una elección relativa a los ideales sociales y familiares de cada sujeto. Este proyecto es siempre portador de significaciones que

tomarán cuerpo en el niño por nacer. El niño llega a una trama de una red preexistente de representaciones. El niño real, con frecuencia, no coincide con el niño imaginario de la madre, destinado a colmarla completamente.

La maternidad no es en exclusivo natural ni cultural. Por un lado, toma un carácter público y, por otro, uno privado. Compromete tanto a lo corporal como a lo psicológico. Así pues, más allá de las diferentes representaciones sociales, suele encarnar el misterio de los orígenes. Por consecuencia de esta situación, surge la polarización en las figuras de hada (la madre buena) o la figura de bruja (la madre malvada). (14)

Maurice Merleau-Ponty (22) argumenta que es en la red de la naturaleza biológica y el contexto histórico-lingüístico donde se enlaza lo vivido. De esta forma, la maternidad es un término necesario en el sistema de parentesco.

El imaginario social hegemónico reduce la maternidad a una relación puramente “natural”, cuando en realidad hay una disposición biológica y los dispositivos culturales de reproducción social. Así, se invisibiliza la dinámica de las relaciones de poder entre los sexos.

En la copulación sexual fecundante, los sexos realizan la diferencia de sus respectivas posiciones en la reproducción: la mujer gesta dentro de su cuerpo, el varón procrea en el cuerpo de la mujer. Las mujeres quedan en relación corporal inmediata con el fruto de la concepción, lo que establece la continuidad evidente de su linaje y es ejercida por el trabajo de parto. Luego, los varones transfieren su semen en la eyaculación pero deben establecer *a posteriori* la certeza de su paternidad por medios jurídicos. Las figuras parentales están desdobladas en la del/a genitor/a y la del adoptante. Además, hay que tener en cuenta a las nuevas tecnologías reproductivas, que operan en distintos niveles y en la que ambos “padres” aportan material biológico para un futuro individuo.

Recogiendo lo más importante: la noción de femineidad, sujeta casi sólo a la capacidad femenina (reproductiva) de engendrar y, además, cuidar la vida humana, es una construcción social que ha “favorecido” a la subordinación histórica de las mujeres. Gracias a esta construcción, la experiencia de la maternidad es central en la vida de muchas mujeres (no de todas), como punto de anclaje de identidad y de reconocimiento. Así pues, el maternaje como ejercicio tiene profundas implicaciones en las relaciones familiares, en la construcción de ciudadanía, y en la propia subjetividad.

Burin (23), al referirse al concepto de maternidad, habla de “el otro trabajo invisible”, porque el primer trabajo es el quehacer doméstico de la ama de casa. Analiza el destino que tiene la cultura del trabajo maternal y sostiene que:

El “otro trabajo invisible” es el que realiza el aparato psíquico de la persona que realiza la labor de maternaje, y que consiste en una serie de prestaciones yoicas diversas, puestas en juego con carácter de necesidad y en forma permanente; tales prestaciones yoicas son las que realiza el yo materno para lograr que el infante humano devenga en sujeto psíquico.

La autora (23) refiere a la disociación operativa que se realiza en la maternidad. Por un lado, esta disociación del yo materno se configura en un yo observador, que regula, analiza, sintetiza y sistematiza las experiencias de las intensas demandas de la criatura. Luego, organiza un ritmo, que le transmite tolerancia a la espera, y que prevé y anticipa el resultado de sus acciones. Por otro lado, la persona que realiza la labor de maternaje coloca su yo al servicio de una regresión transitoria, para que le posibilite mimetizarse con las necesidades de la criatura, de identificarse con ella para comprenderla, y devolverlas transformadas en experiencias y ansiedades asimilables.

Burin (23) caracteriza como “trabajo invisible a la labor que debe realizar el aparato psíquico de la madre ante los deseos amorosos y los deseos hostiles”.

Asimismo, manifiesta que las mujeres sufren profundos cambios durante el embarazo, parto y puerperio, que requieren una exigencia de trabajo al aparato psíquico. Durante el embarazo, los deseos amorosos de la mujer toman la forma de una intensa investidura narcisista de sí misma y de su bebé, investidura destinada a contener y preservar a su hijo de sus propios deseos hostiles. En el momento del parto, una nueva labor de aparato psíquico, ya no como continente, sino como expulsor de aquello que ha amado en el interior de sí misma en el momento anterior. (23)

El trabajo materno no solamente produce sujetos psíquicos, sino que un sujeto es alguien incluido en una estructura social, y como tal está sujetado tanto en relación a las condiciones en que fue producido, como en las condiciones bajo las cuales a su vez producirá. La labor de la madre o su sustituto realiza una ardua tarea como portadora y transmisora de valores sociales. (23)

En cambio, la experiencia de muchas mujeres que se atrevieron a desafiar, que salieron de sus casas a socializar y compartir su demanda, puede ser una práctica a partir de la cual se generan condiciones para la construcción de la ciudadanía femenina. Así pues, cuando las mujeres practican una maternidad, interpelando al poder de diversas maneras –

sea por ampliación y calidad de los servicios, sea por los derechos a una vida sexual y procreativa plena, al trabajo o contra la violencia sexual y los ejercicios abusivos del poder– defienden posiciones ético-políticas y luchan por la satisfacción de sus necesidades y las de sus seres queridos. Expanden lo maternal de lo privado a lo político y desafían a las bases ideológicas que sostienen y reproducen desigualdades y su posición subordinada, confinada al cuidado altruista de los demás. (14)

Coria (2) agrega que el rol maternal es impuesto a las mujeres como un papel vitalicio que las lleva a cuidar y atender a los hijos adultos como si fuesen pequeños.

Otras autoras, Freixas (34), Rodríguez (5), sostienen que es esperable que el rol de madre no abarque a toda la mujer. Es decir, para ser madre se necesita ser mujer, pero para ser mujer no se necesita ser madre. Esto se podría objetar como algo ya pasado, o que mantiene vigencia sólo en sectores tradicionales de la sociedad, como prueba que cada vez es mayor el número de mujeres que desempeñan otros roles fuera del hogar. Desde un enfoque macrosocial, se puede ver que la mujer tiene un avance progresivo hacia una adquisición de logros sociales, inserción en procesos productivos y redistribución de roles entre hombres y mujeres con la consiguiente redefinición de la maternidad.

1.6. Cuerpo y género

El cuerpo, inevitable realidad, tiene un lenguaje, una historia con la que cada varón y mujer deberán enfrentarse en la etapa del climaterio. (Cf. Esquema e imagen corporal en el capítulo de subjetividad).

En los inicios de la década de 1970, cuando el grupo de Boston publicó el libro “Nuestros cuerpos, nuestras vidas”, el feminismo comenzó una lucha en contra de las desigualdades experimentadas hasta ese momento. Las feministas convirtieron al “cuerpo” en un espacio de lucha política. Intentaron dar respuestas a las preguntas de la diferencia: sobre las dicotomías masculino/femenino, sexo/género.

En palabras de Hérítier (11):

La desigualdad no es un efecto de la naturaleza. Ella fue instituida históricamente por la simbolización desde tiempos inmemoriales de la especie humana, a partir de la observación y de la interpretación de hechos biológicos notables. Esta simbolización es fundadora del orden social y de las discrepancias mentales que siguen vigentes, aún en las sociedades más desarrolladas.

La autora reflexiona y sostiene que es una visión arcaica y, además, una representación porque funciona el imaginario sin necesidad de pensar en ello. Se recibe pasivamente en la infancia y se trasmite de la misma manera: sin cuestionar. En lo idéntico y lo diferente se basa la clasificación y categorización de un sistema dualista del sujeto hablante.

Asimismo, estudiar el cuerpo nos lleva a una multiplicidad de campos del conocimiento y de la experiencia. Podemos mencionar cuerpos desde lo productivo /reproductivo, lo atlético, lo biológico, la genética, el del niño y del anciano, el de la sexualidad, el del placer y el goce, de los anoréxicos, los obesos; los mutilados por la guerra, los enfermos, los desnutridos; sin embargo, todos son cuerpos sexuados y genéricos. (14)

Héritier (11) hace referencia al uso del cuerpo de las mujeres en la publicidad comercial. El cuerpo, o fragmentos de cuerpos donde el rostro –a veces– no está presente, sirven para promocionar, vender y no tienen relación directa con el objeto que se quiere promocionar.

A causa del desarrollo de nuevas tecnologías dirigidas al cuerpo, se ofrece la posibilidad de intervenir sobre su materialidad: modificar, modelar, construir una imagen a la medida de las necesidades, los deseos y las fantasías hedonistas. Con motivo de la intromisión tecnológica sobre los organismos se logra transformar la anatomía y la fisiología, sea en el ámbito protésico, genético o bioquímico.

El construccionismo separó metodológicamente el cuerpo material del construido socialmente por medio de las categorías: sexo y género. El cuerpo biológico constituye el material sobre el cual actúan la subjetividad, el discurso, la cultura y la conciencia. El cuerpo social se construye de una manera inacabada en la vida cotidiana, transitando de la vida a la muerte. Este enfoque ha sido criticado por utilizar sin cuestionar algunas nociones de la cultura occidental como las dicotomías: cuerpo/alma, materia/espíritu, biología/sociedad, femenino/masculino.

Para otros, pensar el cuerpo sin considerar el inconsciente pareciera no ser suficiente. El psicoanálisis nos lleva al escenario del cuerpo deseante, pulsional y de goce; al del inconsciente, al de la diferencia sexual. La noción de pulsión hace trascender al cuerpo biológico sacándolo de los dominios de la necesidad para llevarlo al intrincado espacio de la subjetividad.

Butler (15) hace referencia al cuerpo, y lo manifiesta así:

El cuerpo implica mortalidad, vulnerabilidad, agencia: la piel y la carne nos exponen a la mirada de los otros pero también al contacto y a la violencia. El cuerpo también puede ser la agencia y el instrumento de todo esto, o el lugar donde “el hacer” y el “ser hecho” se tornan equívocos. Aunque luchemos por los derechos sobre nuestros propios cuerpos, los mismos cuerpos por los que luchamos no son nunca del todo nuestros. El cuerpo tiene invariablemente una dimensión pública; constituido como fenómeno social en la esfera pública.

Retomando lo más importante, se trate de un tecnocuerpo, del cuerpo generizado del construccionismo o del cuerpo pulsional deseante del psicoanálisis, en su materialidad el cuerpo no puede concebirse fuera del discurso, de un orden significativo, o de la cultura, pero tampoco puede reducirse a ello.

1.7. Género y techo de cristal

Gamba (14) define al *techo de cristal* como una barrera invisible en la carrera laboral de las mujeres, difícil de traspasar. Es un concepto descrito por numerosos estudiosos de la sociología y la economía referido al trabajo femenino en particular.

Así pues, a partir de los estudios realizados desde la perspectiva de género, que indican cómo la cultura patriarcal construye obstáculos para las carreras laborales de las mujeres, se estudian las condiciones de construcción de la subjetividad femenina que hacen posible semejante imposición cultural. Vale la pena decir que parte del *techo de cristal* como límite se gesta en la temprana infancia, y en las niñas adquiere una dimensión más relevante a partir de la pubertad. Se plantea, entonces, un análisis de la doble inscripción objetiva y subjetiva del techo de cristal.

En particular, la responsabilidad de trabajadoras domésticas y el cuidado de los niños en general son desempeñados por mujeres. La asignación horaria de los puestos jerárquicos en la mayoría de los espacios laborales está delineada dentro de un universo de trabajo masculino. Comprende horarios que, con frecuencia, no están disponibles para las mujeres, ya que, en general, este grupo de mujeres también desempeña roles domésticos como madres, esposas y amas de casa. (14)

Burin (4) realizó un estudio con mujeres y señaló como situación común, factores depresivos compartidos por todas ellas que tenían que ver con el “techo de cristal” en sus carreras laborales. En particular, algunos de los rasgos permiten comprender, por un lado, la realidad cultural opresiva y, por otro, la realidad subjetiva decepcionante. Dichos rasgos son los siguientes: las responsabilidades domésticas, el nivel de exigencias, los estereotipos

sociales, la percepción que tienen de sí mismas las mujeres, el principio de logro y los ideales juveniles.

En algunas mujeres, esos estereotipos han sido internalizados de tal modo por ellas mismas que, casi sin cuestionarlos, los repiten como si fueran resultado de elecciones propias. Por el contrario, afirmaciones como “a mí no me interesa ocupar posiciones de poder” se ven confrontadas con otras actitudes en las que desean asumir trabajos que les representen autoridad, prestigio y reconocimiento social.

1.8. Género y salud mental

Gamba et al. (14) y Burin (23) manifiestan que el campo de la salud mental de las mujeres se va construyendo como área específica dentro de un contexto más amplio de la salud general. En nuestro país, según un enfoque tradicional como Freud, Lacan, cuando se hacía referencia a la salud de las mujeres se aludía a la salud reproductiva. Asimismo, esta manera de admitir la salud las sujetaba a las mujeres a las vicisitudes de su aparato reproductor, referidas a los temas específicos femeninos: embarazo, parto, puerperio, climaterio.

La salud mental de las mujeres era efecto de los cambios de su función reproductiva, o sea de su “naturaleza femenina”. Así, sus temas más frecuentes eran la psicoprofilaxis obstétrica, la depresión puerperal, las ansiedades de lactancia, los trastornos psíquicos de mujeres en climaterio.

Luego, esta perspectiva tradicional puso énfasis en la diferenciación rígida entre “lo normal” y “lo patológico”. Estos conceptos fueron tomados de un modelo médico psiquiátrico, y era el paradigma desde donde se medía lo saludable y lo enfermizo con respecto a las mujeres. Esa perspectiva cambió hacia una concepción más moderna, psicodinámica, que puso énfasis en los estados de armonía y equilibrio para caracterizar la salud mental de las mujeres. Esta orientación supone que la salud mental es un estado que hay que lograr mediante implementaciones técnicas, utilizadas por expertos. (14)

Otro enfoque es la concepción participativa, reconoce la necesidad de considerar a las mujeres como sujetos sociales activos. Se fundamenta en las necesidades de la población con la cual trabajan y, luego, define acciones y criterios de salud mental desde sus mismas protagonistas, con la colaboración de equipos de salud mental multidisciplinarios. (14)

Asimismo, esa perspectiva reconoce a la salud mental como una noción que las mujeres construyen en distintas etapas evolutivas. Trabajan en prevención, centradas en un proyecto de concientización y de transformación de las condiciones de vida cotidiana de las mujeres, como así también de aquellos factores opresivos que constituyen modos de vidas que enferman. Algunas de las condiciones de vida de las mujeres que han recibido mayor análisis fueron las referidas a la sexualidad, la maternidad, el trabajo femenino y la violencia contra ellas.

La construcción de la noción de *malestar psíquico* en las mujeres rompe la tradicional polaridad salud-enfermedad. Algunos autores argumentan que la salud mental consiste en una adaptación a los requerimientos de la cultura, y definen la salud mental como “normalización”. Así, varias autoras ponen en suspenso las clásicas nociones de salud y enfermedad mental para las mujeres. Al mismo tiempo, proponen un concepto intermedio: el de “malestar”, y recursos para analizar las condiciones que producen y/o preservan la salud mental de las mujeres. En lugar de un criterio adaptativo, proponen uno de crítica y debate ante las representaciones sociales ofrecidas a las mujeres sobre su salud mental, para el cual es central la noción de conflicto y crisis. (14)

En cuanto a las crisis, se pone énfasis en las crisis evolutivas (adolescencia, mediana edad, vejez) y accidentales (embarazos, abortos, divorcios, migraciones, etc.) como productoras de actitudes críticas que contribuyan a ampliar y enriquecer la construcción de la subjetividad femenina. (14)

En el caso particular del malestar de los varones, manifiesta Burin (3) que se produce por el mandato social de adscripción a su género, que los lleva a maneras de socialización tempranas y modos de construcción de su subjetividad que los aleja de la intimidad consigo mismos y con sus cuerpos; también se distancian de la percepción de ciertos deseos.

La misma autora afirma que es habitual la reticencia de los varones a solicitar ayuda terapéutica y a continuar en tratamientos. De la misma forma, descuidan su salud al desconocer síntomas anticipatorios de trastornos más severos. Cuando los hombres acuden a la consulta por sus condiciones de salud, sus trastornos están avanzados, por lo que carecen de oportunidades de tratamientos preventivos. En general responden a mandatos, tales como: “debes resolverlo por vos mismo”, “el cuerpo aguanta”, “no pierdas el control” y otros que conducen a resolver su malestar mediante la negación del mismo, la

depositación en el cuerpo, o la proyección hacia el mundo externo. En cambio, otros varones soportan la ayuda al verse afectados y asisten a la consulta. (3)

CAPÍTULO 2

CLIMATERIO

2.1. Concepto

Se exponen a continuación algunas conceptualizaciones sobre el período de la vida del sujeto (varón/mujer) que se denomina *climaterio*. Este capítulo constituye una síntesis de lo que pretende ser una mirada bio-psico-social. A fin de hacer una exposición ordenada, inicialmente se presentará lo relacionado al climaterio femenino y posteriormente, lo referente al climaterio masculino.

Distintos autores [Rodríguez (5), Singer Kaplan (24), Videla (25), Sánchez Borrero (26), Ballinger (27), Gamba y otros (14)] coinciden y entienden por *climaterio* a la etapa fisiológica-evolutiva de la vida de las personas con sus consiguientes modificaciones biológicas, psicológicas y sociales. Por un lado, esta etapa en la mujer está caracterizada por la pérdida de la capacidad reproductora como resultado de la involución de los ovarios, lo que comporta no sólo la interrupción de sus menstruaciones, sino además un completo reajuste de las funciones hormonales. Por otro, en el varón los niveles de testosterona disminuyen a partir de los 45 a 50 años

Asimismo, distintos autores utilizan el término *andropausia* o *climaterio masculino* como sinónimos, pero no es el adecuado para explicar la disminución progresiva de la secreción fisiológica de andrógenos, puesto que el término implica un cese absoluto y no una disminución progresiva como sucede en el hombre. Algunos autores prefieren usar el acrónimo de PADAM (deficiencia parcial o progresiva de andrógenos en el hombre senil). Otros lo identifican con el nombre de PEDAM (deficiencia parcial endocrina) como consecuencia de que existen otras hormonas que también declinan con la edad, como sucede con la hormona de crecimiento. En este trabajo se denominará *climaterio masculino*. Sin embargo, en las encuestas se decidió poner a veces “andropausia” por ser el término más utilizado comúnmente.

Por su parte la Asociación Argentina para el estudio del Climaterio (A.A.P.E.C.), definen a éste como “una etapa en la vida de la mujer que se caracteriza principalmente por la pérdida de la capacidad reproductiva”. (28) Asimismo, se hace referencia a la *menopausia* como el proceso natural que marca el fin de la fertilidad, y no como enfermedad. Dicho proceso se da como consecuencia de que los ovarios han disminuido la producción de dos hormonas: los estrógenos y la progesterona. (28)

La Sociedad Internacional de Menopausia (IMS) hace referencia al *climaterio* como la “etapa de transición reproductiva, donde tanto para el hombre como para la mujer, se producen cambios biológicos, psicológicos y socioculturales”. (25)

Asimismo, el Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM) define al climaterio como el conjunto de cambios adaptativos que se producen en la mujer como consecuencia de la declinación de la función ovárica en la menopausia (25). Para concluir, los trabajos de varios autores (Sánchez Borrego, Rodríguez, B., Videla, M.) dividen al climaterio femenino en tres etapas: perimenopausia, menopausia y posmenopausia. Se analiza a continuación cada período.

2.2. Etimología

Climaterio: vocablo de procedencia griega, “climater” (*KAIUATEP*) (en realidad en griego textual es: κλιμακτήρη), significa escalón. (25)

La palabra “climaterio” proviene de las palabras klimaterypauasis (escalón-paso), que refieren el periodo crítico de la vida humana en el que cesan las funciones reproductivas que atraviesan tanto la mujer como el varón, y en el que se producen cambios en las áreas biológica, psicológica y sociocultural. Si bien en el varón no se producen con la edad modificaciones significativas, ni existe una brusca interrupción de su capacidad fecundante, también ocurre una declinación e involución hormonal.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) (1981) define el *climaterio* como el período de transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva. (5)

2.3. Perimenopausia

Parrilla Paricio (29) define a la *perimenopausia* como la etapa que precede a la menopausia y que se extiende hasta un año después de la última menstruación. Asimismo, el término “premenopausia” se usa con frecuencia para referirse al período reproductor anterior a la menopausia. Además, en otros textos podemos encontrar el término “transición menopáusica”. En este trabajo se utiliza *perimenopausia*.

La *perimenopausia* es la transición entre la vida reproductiva normal y la menopausia. No se pasa de un período menstrual normal a la amenorrea; la mayoría de mujeres experimenta un tiempo con irregularidades menstruales, molestias asociadas a la menstruación, aparición de síntomas vasomotores y fluctuaciones intensas en los niveles hormonales. (29)

La perimenopausia, generalmente, se da a mediados del cuarto decenio de la vida. Es un período en el que hay cambios biológicos, endocrinos, fisiológicos y psicológicos. A causa de algunos síntomas que se presentan, brinda la oportunidad a los profesionales de la salud de incluir a las mujeres en programas de salud preventivos que conserven o inclusive mejoren su calidad de vida. (26)

Es importante destacar los cambios hormonales que aparecen en esta época de la vida, y las repercusiones que ocasionan en el organismo y aparato psíquico. El proceso de envejecimiento o deterioro de la función de los ovarios es un proceso continuo y de varios años de evolución, que es singular para cada mujer. No se puede puntualizar con precisión su comienzo y ponerle un límite exacto. A los fines del estudio y sistematización de la etapa reproductiva, se usan edades medias para referirse a la menarquia y la menopausia. La perimenopausia comienza alrededor de los 35 años. (26)

Belardo (30) subdividió las fases clínicas de la siguiente manera:

Fase A: inicio de la transición a la menopausia. Ciclos ovulatorios regulares, con algunos síntomas: tensión mamaria, cambios en el carácter, retención de líquidos y síntomas premenstruales: 2-6 meses.

Fase B: ciclos regulares, alteraciones en la ovulación. Síntomas premenstruales, dismenorrea, síntomas vasomotores.

Fase C: ciclos cortos y largos ovulatorios. Síntomas vasomotores en horas de vigilia: 1-2 años.

Fase D: inicio de la oligomenorrea con síntomas vasomotores en los ciclos largos ovulación poco frecuente. Duración 1 a 2 años.

Fase E: indica el final del periodo menstrual. Se superpone con la menopausia pero disminuye la tensión mamaria y la retención de líquido.

Asimismo, en esta etapa de la mujer disminuyen los efectos cardioprotectores al decrecer la concentración de estradiol. Hay un efecto inmediato sobre la vasodilatación coronaria así como sobre los lípidos.

En resumen, la disminuida resultante de esteroides, inhibina y factores de crecimiento contribuye a cambios en la integridad de los huesos, el cerebro y en todos los tejidos sensibles a los estrógenos, antes de que se produzca la menopausia. (26)

2.4. Menopausia

El término deriva del griego “men” mes, y “pauis” cesación. Alude a la fecha de la última menstruación. Es la interrupción permanente de la menstruación, como consecuencia de la actividad folicular ovárica y acontece alrededor de los 45 años. La menopausia ocurre con el último período menstrual, que sólo es conocido con certeza de forma retrospectiva después de un año. (25) (5)

La expresión *menopausia natural* se define como el cese permanente de la menstruación debido a la pérdida de actividad folicular ovárica. (25) Por consenso, la atribución de la menopausia se hace a posteriori, después de doce meses de amenorrea que no sea por embarazo, lactancia u otros factores. El último ciclo menstrual marca no sólo el fin de la etapa reproductiva, sino también el comienzo de una fase de permanente disminución de la secreción de estrógenos, lo que lleva a cambios somáticos y metabólicos (26). En este sentido, es el proceso que resulta de una crisis endocrina que involucra a varias glándulas productoras de hormonas: la hipófisis, las adrenales o suprarrenales, la tiroides y sobre todo los ovarios. (5)

Para la OMS, el término menopausia significa el cese de la menstruación debido a la pérdida de la actividad folicular cíclica en el ovario, el final del periodo menstrual. (26)

Resulta necesario diferenciar la *menopausia espontánea* (natural), de aquella *inducida* por procedimientos médicos: por medios químicos (farmacológicos) o quirúrgicos. El vocablo *menopausia inducida* se define como el cese de la menstruación debido a la exéresis quirúrgica de ambos ovarios (con o sin histerectomía), o a la ablación iatrogénica de la función ovárica (por ejemplo por quimioterapia o radiación). (26)

Las razones por las que se lleva a un acto quirúrgico son múltiples; en general sólo ocurre cuando la evaluación médica lo considera imprescindible. En general, es un hecho sobre el cuerpo que reviste en algunos casos el carácter de mutilación. Desde el punto de vista psicológico, hay una construcción significativa por el valor simbólico puesto en los órganos genitales como órganos de reproducción y placer. Así pues, en algunas mujeres es vivido como una castración, como una pérdida del atractivo sexual y, en consecuencia, surge el temor al abandono por parte de su pareja. Si la mujer no ha tenido hijos –aunque lo hubiera elegido–, la maternidad biológica no será posible, y vivirá la cirugía como una situación de pérdida. En particular, se alude a la cirugía con la expresión “me vaciaron toda”, es decir hace referencia al vacío corporal. Se extiende a la subjetividad de la mujer

que es despojada de su potencial maternidad, y que por tanto queda reducida a un organismo. (5)

En definitiva, dependerá de la construcción que cada mujer pueda hacer de su realidad, en función con su historia y en relación a lo femenino y masculino.

La menopausia es un momento del climaterio, ocurre en nuestro país alrededor de los cincuenta años de edad y está sujeta a influencias de factores diversos: genéticos, hereditarios, ambientales, psicológicos, sociales y culturales.

Según el momento que ocurra la falla ovárica, se denominará *menopausia prematura* (sucede antes de los cuarenta años) (25), *menopausia temprana* (cuando ocurre entre los cuarenta y los cuarenta y cinco años) (31) y *menopausia tardía* (cuando se presenta después de los cincuenta y cinco años) (5).

2.5. Postmenopausia

El término *postmenopausia* se define como el tiempo que transcurre a partir del último período menstrual, sin tener en cuenta si la menopausia es *inducida o espontánea*. (29)

2.6. Hormonas y cambio

La duración de la función reproductora está determinada desde la vida intrauterina de acuerdo al número de folículos que se constituyen. En el momento que la mujer llega a la pubertad, los folículos maduran de manera secuencial, aproximadamente uno cada 28 días, dando lugar a los ovocitos. Cuando el ovocito no es fecundado se degenera, y la falta de estímulo sobre la pared del endometrio uterino da lugar a su desprendimiento y por ende a la menstruación. (29)

En su proceso de maduración, los folículos son capaces de producir estrógenos como progesterona. Poco antes de que se madure el último folículo –cerca de los 45 años– la mujer comienza a presentar alteraciones menstruales debido a la disminución en su capacidad de sintetizar estrógenos. (29)

Los estrógenos actúan en el cerebro, ojos, sistema vasomotor, colon, corazón, vías genitourinarias y huesos. En particular, los estrógenos cumplen numerosas funciones en el cuerpo, de modo que su carencia durante la menopausia tiene grandes efectos en diversos tejidos. No obstante, pequeñas cantidades de estrógeno son producidas en otras partes del

cuerpo, como las glándulas adrenales, que también producen testosterona, la cual puede ser convertida en estrógeno por el propio cuerpo. (26)

2.7. El ciclo menstrual normal

El ciclo menstrual normal es la pérdida de sangre que se produce con una frecuencia de 28 ± 7 días, con promedio de 40 ± 20 ml por ciclo y con una duración no mayor de siete días.

Entendemos como *menstruación* a la pérdida que se produce como consecuencia de la disminución significativa de los niveles circulantes de estrógenos y progesterona secundaria a la regresión del cuerpo amarillo. .

La actividad menstrual puede ser percibida como anómala: por un lado, por una alteración en los intervalos intermenstruales (excesivamente cortos, largos o irregulares); por otro, en las características de la pérdida (excesiva en cantidad y/o duración). En la perimenopausia, la mujer puede evolucionar en forma progresiva hacia la disfunción menstrual.

A continuación analizaremos el sustrato fisiopatológico de estas alteraciones y su evolución cronológica.

2.8. Alteraciones del ritmo menstrual

Belardo (30) expresó que en la transición a la menopausia hay alteraciones del patrón menstrual. Suelen presentarse acortamiento de los ciclos, irregularidades menstruales (polimenorrea, oligomenorrea, amenorrea, metrorragias, hipermenorrea e hipomenorrea, metrorragia disfuncional). Las variaciones del ciclo se tendrán que determinar si hay aumento de los ciclos anovulatorios. Además, si hay trastornos del ciclo bifásico, alteraciones del ritmo y de la cantidad.

La *metrorragia* disfuncional es el sangrado anormal del endometrio no relacionado con lesiones anatómicas del útero.

La *hipermenorrea* es la menstruación abundante en cantidad, que no excede el período de duración normal de la menstruación regular.

La *menorragia* es una menstruación intensa que adquiere característica de una hemorragia importante a intervalos regulares.

La *metrorragia* es una hemorragia uterina que aparece a intervalos irregulares.

La *menometrorragia* es una menstruación con hemorragia intensa, en general excesiva y prolongada, en forma continua o intermitente durante el ciclo que excede la duración normal.

En general, se estima que alrededor de los cuarenta años el capital folicular, cuya disminución es de forma constante y progresiva desde el nacimiento, se reduce. Pasado este momento el ritmo de pérdida es más rápido.

La expresión clínica de estos cambios hormonales es un acortamiento de los intervalos intermenstruales. Los años próximos anteriores de la última menstruación, los intervalos son más irregulares y varía de una mujer a otra.

Además, en este periodo de la vida resulta frecuente la *patología orgánica uterina*, especialmente pólipos endocavitarios o fibromas, que pueden influir en grado variable y difícil de precisar en la importancia de un sangrado genital. Por esta razón, se deben contemplar dos escenarios distintos: hemorragia uterina con o sin patología orgánica concomitante.

Tal como hemos mencionado, en la perimenopausia pueden darse todas estas situaciones pero no necesariamente en una progresión cronológica de más leves a más graves.

2.9. Síndrome climatérico

Se denomina *síndrome climatérico* al conjunto de síntomas y signos originados por las modificaciones de la actividad de los ovarios (32). Al intentar una sinopsis de las manifestaciones específicas en esta etapa vital, se intenta discriminar aquellas que tienen una dependencia real con la deficiencia hormonal, de aquellas que resultan de un proceso emocional al enfrentar el normal envejecimiento. (25)

La escala de Kupperman reúne una serie de ítems que se agrupan en un detalle de síndromes: vasomotor, psicofisiológico (32). En la aparición de los síntomas y en su grado de severidad (leve, moderado o severo), influyen diferentes parámetros: socioculturales y psicológicos. (5)

Hay que señalar, por un lado, que si bien se producen cambios y se presenta una crisis vital, no todos se corresponden con el climaterio. Por otro lado, no todos los signos se producen de modo simultáneo. Ahora bien, las estadísticas están sesgadas conforme a la demanda de una población que sólo consulta si experimenta malestar. Asimismo, se carece de datos acerca de la población que no presenta síntomas. El repertorio de procesos

patológicos, asociados a la menopausia, no es exhaustivo. A continuación describiremos algunos de estos síntomas o signos biológicos que se midieron a través de la encuesta.

2.9.1. Inestabilidad vasomotora

La sofocación representa, en algunas mujeres, el síntoma tras la desaparición de la menstruación en la menopausia. El término *sofocación* –también llamados *calores*, *bochornos* o *sofocos*– expresa el enrojecimiento repentino de la piel a nivel del tórax, cuello y cabeza, acompañado de una intensa sensación de calor y finalizando con una profusa sudoración que se puede extender desde pocos segundos hasta varios minutos. El número e intensidad son variables, y pueden estar acompañados por mareos, sensación de opresión y alteración del pulso y la frecuencia cardíaca (fuente de fantasías y temores). Además, estos episodios suelen representar un obstáculo social para quien los experimenta. En ambientes fríos, las sofocaciones son menos intensas, menos frecuentes y más cortas que en lugares cálidos. (5)

Sánchez Borrego (26) hace referencia a estudios realizados en el Massachusetts Women's Health y argumenta que la incidencia de sofocaciones varía desde un 10% durante la perimenopausia hasta un 50% después del cese de la menstruación, extendiéndose aproximadamente durante cuatro años después de la menopausia. En un 20% de las pacientes persistían durante más de cinco años.

En cuanto a la etiología de la sofocación, se conoce que los estrógenos estabilizan el centro termorregulador al mantener la actividad opioide hipotalámica. El efecto de los estrógenos en el centro termorregulador está mediado a través de neurotransmisores como la norepinefrina (NE). La sofocación menopáusica, con tratamiento, mejora notablemente.

2.9.2. Síndrome atrófico génito-urinario y disminución de la libido (deseo sexual)

Las alteraciones genitourinarias se producen por ser la vagina y la uretra estrógeno-dependientes; en consecuencia se modifica la flora vaginal. Al mismo tiempo, esta situación da lugar al prurito vaginal, el ardor y el dolor durante el coito. En forma simultánea, la disminución del tono muscular y el debilitamiento de los ligamentos pueden dar lugar a la aparición de prolapsos. Además, los síntomas urinarios registrados son la incontinencia ante el esfuerzo (toser, correr, reír) y la urgencia. (5)

Los trastornos genitourinarios afectan sensiblemente la autoestima y pueden provocar la disminución de la libido.

2.9.3. Síndrome psiconeurofisiológico

Según Ferrer Barrientos (32), los esteroides sexuales ejercen una función importante en el sistema nervioso central (SNC). Controlan la función reproductiva y tienen influencia en la sensación psicológica de bienestar. Estas acciones las ejercen a través de su fijación a receptores específicos para estrógenos, progestágenos y andrógenos que existen en el SNC.

Parafraseando al autor citado, en mujeres vulnerables hay una serie de desórdenes afectivos hormono-dependientes que ocurren en coincidencia con los momentos de cambios evolutivos y hormonales como la pubertad, período posparto, los días anteriores a la menstruación y también en la perimenopausia.

Las mujeres en perimenopausia con este tipo de desorden afectivo presentan, en su anamnesis, que su estado psicológico fue bueno durante el embarazo y que presentaron depresión posparto reactivada con el período premenstrual. Esta depresión cíclica empeora con la edad, llegando a su mayor severidad a los dos o tres años después de la menopausia. (32)

Los receptores esteroides están distribuidos en la corteza cerebral, en el sistema límbico, hipocampo, hipotálamo, área preóptica y amígdala. Según la zona dónde actúen, regulan diferentes funciones cerebrales. En el hipotálamo influyen en la termorregulación, en la sensación de hambre, saciedad y en el control de la tensión arterial. A nivel del sistema límbico regulan el humor, el carácter y las funciones cognitivas.

Durante la menopausia, y como resultado de la carencia hormonal, se produce un desajuste de los neurotransmisores hipotalámicos. La disminución de la tasa de serotonina explica la vulnerabilidad a la depresión de algunas mujeres con menopausia. Los incrementos de noradrenalina se han puesto en relación con la tendencia a la ansiedad e irritabilidad que aparece con frecuencia en esta época de la vida. (32)

Algunas mujeres, durante el climaterio, consideran que se sienten perturbadas, o afirman una propensión a los trastornos de ansiedad. Varios autores consideran a la irritabilidad como consecuencia de los cambios hormonales; no obstante, sólo debería suceder en los casos de menopausia quirúrgica, y no cuando ésta se produce de modo espontáneo dado que el cambio hormonal es gradual y progresivo. Por cierto, se infiere que

la menopausia será menos penosa si durante esta etapa las mujeres pueden vivirla como una etapa evolutiva más, y no como sinónimo de vejez. (5)

Además, otras mujeres en esta etapa experimentan insomnio. Si bien este síntoma puede estar relacionado con el despertar por los sofocos, también puede asociarse a la depresión que otras sufren. (5)

Para concluir, algunas mujeres en esta etapa presentan síntomas de fatiga, irritabilidad, depresión, insomnio y algunos trastornos en la memoria. En pocas palabras, estos desajustes no son de carácter uniforme; dependerá de la historia de vida de cada mujer y de la construcción de su subjetividad en ese momento.

2.9.4. Enfermedad cardiovascular

La primer causa de muerte para las mujeres es la enfermedad cardiovascular (ECV), la enfermedad coronaria y los accidentes cerebro vasculares. Si bien en las mujeres, antes de los cincuenta años, la incidencia y prevalencia de la ECV es menor que en los varones, sin embargo después de esa edad el riesgo aumenta para ellas. (33)

Los niveles estrogénicos correspondientes a la vida fértil de la mujer la protegen de las ECV y la pérdida de estrógenos endógenos puede ser, al menos en parte, responsable del rápido aumento de incidencia de enfermedad coronaria que se observa en la mujer posmenopáusica.(33)

2.9.5. Osteoporosis

Después de la menopausia, el esqueleto de la mujer sufre las consecuencias del hipoestrogenismo, y luego los efectos del envejecimiento.

Los estrógenos desempeñan un papel importante sobre la masa ósea. Cuando la producción de estrógenos disminuye, se produce un aumento rápido del recambio óseo. Aunque tanto la formación de hueso, a cargo de los osteoblastos, como la resorción ósea, a cargo de los osteoclastos, están aumentadas, la resorción ósea es lo predominante y se produce en el hueso un balance negativo. La pérdida acelerada de hueso ocurre durante los diez primeros años tras la menopausia. Asimismo, además del hipoestrogenismo y del proceso del envejecimiento, hay otros factores que influyen en el desarrollo de la osteoporosis.

En resumen, la osteoporosis es una enfermedad caracterizada por una masa ósea baja y el deterioro de la microarquitectura ósea. Estos cambios se valoran indirectamente a

través de pruebas no invasivas de la densidad mineral ósea (DMO) (33). Se la ha denominado “enfermedad silenciosa”, pues sus primeros síntomas se manifiestan cuando ésta se ha instalado.(5)

La prevención de la osteoporosis debe comenzar en la infancia, aunque es en la menopausia cuando se debe intentar aplacar la pérdida y el deterioro del tejido óseo. Los componentes principales del esqueleto son los cristales de calcio y fosfatos depositados en una matriz compuesta por fibras proteicas y colágeno, que dan al hueso su flexibilidad relativa. Por su parte, los cristales de calcio proporcionan dureza, fortaleza y rigidez. El balance entre el calcio y el fósforo es regulado por la acción de la vitamina D, que el organismo puede obtener con cierta variedad de alimentos y luz solar. Además, es recomendable una serie de hábitos higiénico-dietéticos.

2.10. Terapia Hormonal (TH)

Por lo que se refiere a la terapia de reposición hormonal en las mujeres, hay que señalar que su administración no restablece la ovulación, ni prolonga la fecundidad femenina. Dado que el climaterio no es una enfermedad, sino una etapa evolutiva de la vida, parece un contrasentido proponer para este período un tratamiento (5). Si bien los expertos sobre el tema manifiestan que la situación de cada mujer es singular, el tratamiento es preventivo y está adecuado para mejorar la calidad de vida.

Todo tratamiento de sustitución hormonal merece ser considerado por cada mujer junto al médico que la asesora. Se evaluarán los beneficios y riesgos. Las ventajas de una adecuada (TH) son: alivio de los trastornos vasomotores, y una acción trófica sobre los aparatos genital y urinario. Además, la influencia preventiva sobre el riesgo de osteoporosis.

En los últimos años, la (TH) ha sido un significativo tópico de la investigación en ginecología, psiquiatría y neurociencias. Es una opción terapéutica (con sus ventajas y contraindicaciones evaluadas por el especialista con cada consultante) que se utiliza para atender la sintomatología de algunas mujeres durante el período previo y posterior a la última menstruación.

Si bien las distintas investigaciones dan prueba de los beneficios de la (TH) respecto de los síntomas vegetativos, éstos no son evidentes respecto de los problemas psicológicos o los trastornos psiquiátricos. (5)

Asimismo, existen tantas alternativas de tratamientos de sustitución hormonal posibles como diversidad de consultantes. Así, un tratamiento podrá ser de corta o larga duración. Podrán suministrarse sólo estrógenos, o estrógenos combinados con progesterona (en forma alternada o continua). Las hormonas podrán suministrarse por vía oral, en forma inyectable, a través de implantes subdérmicos, aplicaciones tópicas o por absorción cutánea de una crema, un gel o un parche. Toda mujer puede ser aspirante a la terapia de reemplazo hormonal, salvo cuando hay contraindicaciones concretas. (5)

Existen reservas en la administración de (TH) en los casos donde hay presencia de tumores hormonodependientes; las hepatopatías severas, la enfermedad tromboembólica activa; la diabetes grave y las enzimopatías. También se valoran diversas situaciones consideradas de carácter relativo, así como: la hipertensión, hepatopatía crónica, obesidad, enfermedad cardíaca, lupus eritematoso sistémico, epilepsia, jaquecas resistentes al tratamiento, nódulos benignos y displasias mamarias, miomatosis uterina, endometriosis, y antecedente de familiar directo con cáncer ginecológico. (5)

Los exámenes de sangre se utilizan para medir los niveles hormonales y detectar cuándo una mujer está cerca de la menopausia o ha llegado a ella.

2.2. Climaterio masculino

2.2.1. Concepto

El climaterio masculino se presenta como el conjunto de cambios, desde lo biológico y psicológico, que ocurren en el varón adulto como consecuencia de alteraciones hormonales.

Singer Kaplan (24) sostiene que el cambio del metabolismo de los andrógenos en el varón es gradual en comparación con el cese abrupto de la función ovárica en las mujeres. Los trastornos psíquicos que se dan hacia la mitad de la vida son producto de múltiples factores. Además de la disminución de los niveles de andrógenos, el varón –en esa etapa– comienza a enfrentarse con los duelos de su propia existencia y establece contacto con sus propias limitaciones.

Toda persona, a partir de su nacimiento, va envejeciendo a nivel biológico en un ritmo lento y progresivo. Es decir, con el paso del tiempo todos los órganos, por diferentes mecanismos, disminuyen la función específica. Su percepción puede que desencadene algunos cambios en la sexualidad y en la vida en general. (24).

La testosterona es la hormona masculina por excelencia; tiene especial importancia en la sexualidad, comienza su declinación alrededor de los 50 años y su caída abrupta es alrededor de los 70. Sin embargo, no todos los varones de esa edad tienen el nivel de testosterona bajo. (35)

Algunos autores hablan de andropausia. Si bien son procesos similares a la menopausia, no obstante hay diferencias sustanciales. En este apartado se hablará de climaterio masculino.

2.2.2. Definición

La *andropausia* es un concepto utilizado por algunas especialidades cuya definición no es aceptada universalmente. Hace referencia a la disminución progresiva de la producción de andrógenos en el hombre, asociada a la senectud (PADAM).

Concretamente, el término andropausia (desde la biología) es incorrecto; sin embargo se utiliza para describir los cambios físicos y emocionales que se presentan secundariamente en el hombre de edad avanzada, asociados a las alteraciones hormonales.

El síndrome se caracteriza por alteraciones físicas e intelectuales. Hay que hacer notar que el proceso de declinación hormonal no es similar en todos los varones. (35)

Los cambios en el aparato reproductor del varón, por el envejecimiento, pueden abarcar modificaciones en el tejido testicular, en la producción de espermatozoides y la función eréctil. El nivel de la hormona masculina testosterona se reduce en forma escasa y puede haber problemas con la función eréctil. Asimismo, la fertilidad puede alterarse en forma gradual. (36) (37)

Por todo lo expresado, a ese proceso gradual se lo denomina *climaterio masculino*.

2.2.3. Epidemiología

El estudio y manejo del climaterio masculino no ha tenido demasiado interés para los clínicos y menos para la salud pública. Sin embargo, el proceso de envejecimiento también compromete al hombre. En consecuencia, debe ser un objeto de atención de la medicina y de la psicología, en definitiva de las ciencias de la salud de este siglo.

La edad de inicio del climaterio masculino es variable. Se presenta entre los 51 y 60 años, seguido por los hombres de 61 a 70 años de edad (a mayor edad, mayor hipogonadismo). (35)

En definitiva, varones y mujeres pasarán más de un tercio de su vida en climaterio. Por un lado, un período de vida desconocido para gran parte de los antepasados; por otro, históricamente, no ha formado parte de las áreas de interés médico. (36)

2.2.4. Endocrinología

La función reproductiva del varón normal depende de la secreción intermitente por la hipófisis de la hormona LH y FSH, bajo la influencia de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRh), hormona secretada en forma pulsátil por el hipotálamo. La LH estimula las células de Leydig para secretar testosterona de manera pulsátil. En el varón joven se produce una variación diurna de la concentración sérica de testosterona con valores mayores a la mañana y el nadir al finalizar la tarde; en tanto en el hombre mayor se pierde este ritmo circadiano. (38)

Los testículos producen 0.24 $\mu\text{mol}/\text{día}$ de testosterona. La secreción se inicia desde la vida fetal, con un pico alrededor de las doce semanas de gestación; después del nacimiento ocurre un segundo pico; al inicio de la pubertad los niveles de T se encuentran bajos y sólo retornan a la normalidad con la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-gónada que conlleva la maduración de las células de Leydig. (36) (38)

La testosterona es secretada por las células de Leydig de los testículos y su producción es regulada por un mecanismo de retroalimentación negativa, donde participa la hormona liberadora de gonadotropinas GnRh en el hipotálamo y la hormona luteinizante (LH) de la hipófisis. (36) (38)

Aunque la evidencia de una anomalía testicular primaria es clara, se ha sugerido un defecto secundario a la variación del eje hipotálamo-hipofisario, basado en las observaciones, cuando las concentraciones de testosterona sérica permanecen normalmente bajas y el testículo conserva la habilidad de respuesta a un estímulo exógeno de gonadotropinas con incremento de secreción de testosterona. (36) (38)

La disminución de la testosterona y el porcentaje de depuración con la edad es multifactorial, como respuesta a los numerosos cambios anatómicos que ocurren en el testículo. Esto incluye el tamaño testicular y el peso, disminución en las células de Leydig, defectos en los túbulos seminíferos con degeneración posterior y disminución en la producción de inhibina (INH).

Se han propuesto varias teorías para explicar el deterioro de la función hipofisaria con la edad. Algunos autores sugirieron un incremento en los niveles de estrógenos y de

otros esteroides circulantes, que inhiben la secreción de gonadotropinas y, luego, disminuyen secundariamente los niveles de testosterona. (35) (36) (38)

Dos factores pueden estar implicados en este papel: por una parte, la unidad hipotálamo-hipófisis es más sensible a los efectos supresores de la testosterona en el varón adulto mayor (mayores de 60 años) que en el varón joven (menores de 40 años). Por otra, los niveles séricos de testosterona disminuyen con la edad, aunque al inicio la velocidad y la declinación son variables e individuales. Se estima que a partir de los 50 años disminuye aproximadamente 1% por año. No obstante, existen diferencias de un sujeto a otro. La disminución de los niveles de andrógenos relacionados con la edad es el resultado de una falla gonadal primaria asociada a falla del eje hipotálamo-hipofisiario. Se describen algunos cambios morfológicos en los testículos. (35) (38)

Finalmente, los varones en climaterio permanecen fértiles; sin embargo hay disminución en la espermatogénesis y en la motilidad espermática. (35)

2.2.5. Cambios reproductivos normales en el varón

En la etapa del climaterio masculino, los conductos que transportan el semen pueden tornarse menos elásticos (proceso llamado esclerosis) y los testículos continúan produciendo semen, aunque la tasa de producción de espermatozoides disminuye. El epidídimo, las vesículas seminales y la próstata disminuyen, pero continúan produciendo el líquido que ayuda a transportar el semen. (36)

La fertilidad varía en cada varón. La edad joven no es garantía de la fertilidad masculina; algunos varones adultos mayores tienen posibilidades de engendrar hijos. La función de la próstata no está linealmente relacionada con la fertilidad. Por lo general, el volumen de líquido eyaculado permanece igual, pero hay menos espermatozoides vivos.

2.2.6. Síndrome climatérico masculino

Diamond (37) menciona algunos signos que marcan la presencia del climaterio en los varones. En particular, aparece una pérdida de vitalidad, fatiga, depresión, irritabilidad y mal humor. Algunos de los síntomas sexuales y genitales que se presentan en la etapa del climaterio son: disminución de la libido, piel genital más seca y menos congestiva, erección más tardía, menor secreción eyaculatoria, menor emisión seminal, menor fuerza eyaculatoria, período refractario más prolongado, trastornos eyaculatorios, anorgasmia. Las modificaciones fisiológicas del pene son: alteración estructural, disminución del músculo

liso, aumento de la sensibilidad adrenérgica. Los síntomas genito-urinarios son: trastornos prostáticos, polaquiria nocturna, disminución de la fuerza y calibre miccional, disuria inicial y matinal, incontinencia de orina, urgencia miccional. Asimismo, las alteraciones generales que se producen son: disminución de la resistencia ósea, trastornos de la masa muscular, aumento de la grasa abdominal, pérdida del cabello y del vello corporal; trastornos en la atención, pensamiento y memoria, alteraciones del sueño, síndrome de irritabilidad masculina, trastornos visuales y auditivos.

Por su parte, Kusnetzoff (35) hace referencia a que el varón entre los 40 y 45 años pasa por una crisis de la “edad media de la vida”, y alrededor de los 55-60 años surgen otras movilizaciones internas como consecuencias del temor a “envejecer”.

El autor (35) agrega que “la crisis de los 40” puede variar en sus manifestaciones, pero en general se observa la preocupación por la vejez. La crisis de la mitad de la vida, en algunos varones, se percibe como pérdida y se manifiesta con tristeza, abatimiento, irritabilidad y mal humor. En resumen, las modificaciones hormonales generan cambios que dependerán de cada varón, si puede aceptarlos y sentirse protagonista de lo inevitable.

2.2.6.1. La disfunción eréctil

La disfunción eréctil suele preocupar a los hombres que envejecen. Es normal que las erecciones se presenten con menor frecuencia en esa etapa evolutiva. Los varones de edad tienen menor capacidad para experimentar eyaculaciones repetitivas. Sin embargo, la disfunción eréctil es, con frecuencia, el resultado de un problema orgánico o psicológico y no el simple hecho de envejecer. (35)

En algunos hombres se puede presentar una disminución en el deseo sexual (libido) y las respuestas sexuales pueden ser más lentas y menos intensas. A veces, esto es por causa de la disminución en el nivel de testosterona, aunque también puede ser el resultado de cambios sociales o psicológicos (compañía, educación, adaptación a las exigencias, grado de satisfacción y conformidad) relacionados con el envejecimiento, enfermedades, problemas de salud y medicamentos. (35)

En definitiva, el proceso de envejecimiento no impide que un varón pueda disfrutar de su sexualidad en plenitud, acomodándose a su realidad.

2.2.6.2. Función urinaria

En algunos varones, la próstata se agranda con la edad. Luego, parte de su tejido es reemplazado por tejido fibrótico similar a una cicatriz, afección que se denomina hipertrofia prostática benigna (HPB). Esto puede interferir con la micción, dado que la próstata agrandada bloquea parcialmente el conducto que drena la vejiga (uretra). Los cambios en la próstata predisponen a los varones adultos mayores a infecciones urinarias y puede causar malestar en el momento de eyacular. (36) (35)

2.2.7. Climaterio. Visión antropológica

En nuestra cultura occidental, la palabra climaterio se toma con cierto desconocimiento y también con prejuicio. Los varones (sobre todo) y mujeres viven esta etapa en silencio.

Con frecuencia, al enunciar que una mujer no tiene función reproductiva, las palabras “menopausia” y “climaterio” son usadas como expresiones peyorativas. Asimismo, se construyen las nociones femeninas y masculinas dentro de una lógica binaria: pasividad-actividad, intuición-razón, debilidad-fortaleza, dependencia-independencia. Luego, estas polaridades instituyen diferencias y socialmente las convierten en desigualdades (5). Es decir, que la diferencia no legitime la agresión o el provecho en nombre de la diferencia: que no se valore al acusador y desvalore a su víctima.

La historia de las mujeres está determinada por “formas de ser en femenino” instituidas en la sociedad, y por la condición biológica de pertenecer a la especie sexuada hembra humana. (39)

Desde tiempos remotos la mujer se reveló como el sostén de los misterios de la vida y de la muerte. En sus cambios corporales (sangrantes) se oculta el enigma de la creación. El cuerpo femenino ha sido objeto de un temor irracional, dando lugar a numerosos tabúes. Con el advenimiento de la ciencia, el pensamiento mítico se lo toma como producto de fantasías o supersticiones. Sin embargo, la comprensión de una categoría singular nos permite articular la trama simbólica en que se inscribe el sangrado femenino (por presencia o ausencia). (21)

Alizade (39) hace referencia a que el período paleolítico, para las mujeres, estaba caracterizado por tareas protoagrícolas. La religión es ante todo con predominio femenino: las diosas de la fecundidad. Asimismo, el neolítico se caracterizaba por la organización social del matriarcado, si bien no implicaba que las mujeres detentaran el poder político. A

saber, por matriarcado se entendía el linaje por derecho materno. Se le rendía culto por ser símbolo de la fuerza generatriz.

Numerosos autores aluden al sobresalto que experimentaban los varones primitivos respecto de la sangre menstrual, o ante la visión de los genitales de la mujer. En algunas tribus de África, América y Australia consideraban que se debía evitar a la mujer que menstruaba, porque emanaba de ella una impureza peligrosa. Se interpretaba a la mujer como poseída por algún espíritu o demonio. El pensamiento mágico transformaba algo natural en una representación, que descalificaba lo femenino. (5)

Para la antigua medicina egipcia, una mala posición del útero era causa de dolencias que provocaban alteraciones en el aparato psíquico de la mujer. Asimismo, los textos griegos aluden a la medicina hipocrática, basada en la teoría de los humores del cuerpo: sangre, bilis, flema y agua. La salud humana se subordinaba al equilibrio entre estas cuatro sustancias. Luego, se le atribuía a la regularidad menstrual de las mujeres la presunción de que eliminaba sangre impura. (5)

En el imaginario social de la antigüedad, según Hipócrates, las diferencias entre varón y mujer se sustentaban en la apariencia anatómica y también en características esenciales. El cuerpo masculino era denso, consistente y seco; en cambio, el femenino era esponjoso y húmedo. Así, a la menstruación se la relacionaba con la reproducción, pues se suponía que la sangre menstrual acumulada durante el embarazo servía de alimento al feto. Asimismo, Platón redujo el destino femenino a una función reproductora. Aristóteles, por su parte, atribuyó a la mujer la condición de “hombre fallado e incompleto”, regida por una naturaleza concupiscente opuesta al alma racional del varón. Galeno distinguió a la mujer como un ser de desatino: imperfecta y mutilada. (39)

En la antigua Grecia, la ocupación de los varones era la guerra, y el destino de las mujeres la reproducción. Asimismo, los antiguos romanos consideraban que la mujer no era sujeto de derecho. Es decir, prevalecía la idea de la inferioridad natural de las mujeres, que no podían ejercer función administrativa, jurídica o política alguna. El matrimonio era destinado por el padre. Además, creían que el contacto con una mujer con flujo menstrual ocasionaba perjuicios. (39)

En el Imperio Romano la esperanza de vida estaba fijada entre los 20 y 30 años. Si bien el parto representaba un peligro, las mujeres se obsesionaban por la esterilidad. Pero una vez que tenían tres hijos requeridos “para, un día, tras la muerte del padre, verse libres de toda tutela sobre sus bienes”, las esposas de la alta sociedad romana consideraban

oportuno proporcionar a sus maridos a esclavas o concubinas, para que las liberaran de las relaciones sexuales con ellas y del riesgo de la maternidad. (5)

Los judíos se valían de un recurso análogo al romano. Por el Talmud se sabe que los judíos polígamos tenían hijos con la primera esposa y obligaban a la segunda a tomar la posición abortiva, pues a ésta la poseían para el placer. La sangre menstrual era considerada inmunda y, por eso, regían entre los hebreos rigurosos preceptos de evitación. (5)

El advenimiento del cristianismo estimuló el matrimonio monógamo y las relaciones sexuales conyugales en exclusivo. Por consiguiente, la esposa de clase alta multiplicó sus embarazos y, con ello, se vio sometida a las contingencias a que estaban subordinadas las concubinas y a los peligros reservados a las esclavas. Las recetas anticonceptivas y abortivas comenzaron entonces a ser de su incumbencia. (5)

La representación social (como una forma de conocimiento específico, un saber del sentido común) de la mujer en la época medieval obedecía a la regla de su mandato principal: la procreación. El criterio de finalidad nos permite comprender el sistema de valores y la consecuente propuesta de comportamientos que el mismo imponía. En la sociedad laica, las mujeres hijas, esposas o viudas, eran clasificadas en dos tipos: viejas (incapaces de procrear, desprovistas de encanto, sin sensualidad) y las núbiles (disciplinadas en la sobriedad y la modestia).

Sin embargo, superados los riesgos de la maternidad, la esperanza de vida de las mujeres era superior a la de sus coetáneos varones. Se otorgaba a las matronas el privilegio de ocuparse de la salud de otras mujeres, aliviar los dolores del parto y evitar los padecimientos puerperales. Las mujeres en climaterio de la época generaban una imagen ambivalente: temor supersticioso, producto del saber que se les atribuía, y también la desconfianza respecto al poder que detentaban. De modo que dio origen a la figura ridiculizada de “vieja” hábil en inducir al pecado, persecución por hechicería, que luego compartieron con sanadores moros y judíos, a partir del siglo XIII. Aunque la acusación de practicar la brujería recayó también sobre mujeres jóvenes, el modelo de la bruja ha sido una mujer vieja (en climaterio). (5)

Durante la edad media persistió el argumento entre la teoría aristotélica, que reducía la concepción a la acción del semen masculino sobre la sangre menstrual femenina, respaldado por Hipócrates y Galeno. Luego, en el Renacimiento, el tema fue esclarecido con cierta ecuanimidad. (5)

Este determinismo que imponía una visión despectiva del género femenino, entró en crisis. Por un lado, se interrogaban si la mujer, ese supuesto ser mutilado e imperfecto que la ciencia describía, era un error de la naturaleza. Y por otro, se preguntaban cómo justificar su creación. Afirmar la inferioridad del sexo femenino era, en cierto sentido, una herejía científica. Es decir, cada sexo puede ser considerado perfecto en su especificidad. Así, según el credo finalista, la naturaleza no hace nada en vano y la mujer queda atrapada por ese órgano que se oculta en su interior: el útero. Ésta sería luego la representación social de la identidad femenina y su rol. (5)

En este sentido, en esta construcción que se tenía de la maternidad, la mujer es vista con una triple misión: la función natural, la misión expiadora y la tarea social. La mujer generadora es eximida de sus “imperfecciones” gracias a esa función que la naturaleza le ha confiado: fisiológica y psicológicamente débil e inestable, podrá no obstante asumir esta responsabilidad merced a haber sido dotada, precisamente por la naturaleza, del “instinto maternal”.

La sentencia bíblica del Génesis Cap. I. Ap.3 Versículo 17, “con dolor parirás los hijos” adquiere un sentido de sacrificio; el dolor y la muerte amenazan a toda parturienta, pero ese sufrimiento posee el valor de redimirla del pecado original. (40)

Entre el renacimiento y la edad moderna la proporción de las mujeres que morían solteras con más de 50 años, es decir en climaterio, era entre el 5 y el 25%. El número de mujeres aristocráticas que llegaba a casarse era escaso. Pero este hecho se explica por el desmedido valor de las dotes, que representaban un despojo para las familias. (5)

A fines del siglo XVII, la representación social asignaba su ideal a la femineidad: “la mujer sana y feliz”, era la madre de familia, guardiana de las virtudes y de los valores eternos.

La revolución industrial fue acompañada por una extraordinaria contingencia: durante su curso la esperanza de vida pasó en promedio de 34 a 52 años. La salud de las mujeres mejoró y la vejez llegaba más tarde. Su umbral, imperceptible en el varón, se evidenciaba en la mujer a causa de la menopausia. Los médicos dedicaban cada vez mayor atención a este fenómeno, ocupándose de los malestares que les ocasionaba. Se construyó así el mito de la fragilidad femenina. (5)

Las dolencias femeninas de la aristocracia y de la alta burguesía se medicaban, y se prescribía reposo. Así, la mujer, ornamento social que testimoniaba la fortuna de su marido, devenía en inválida, un ser enfermo, débil y delicado, cuyo sistema nervioso vulnerable

debía ser tratado. Durante el siglo XIX y principios del XX, la concurrencia a los baños termales y otros balnearios era más una moda que ayudaba a mitigar el aburrimiento, que la cura para enfermedades genuinas. (5) (39)

Así pues, para el imaginario popular, “mujer” era sinónimo de “enferma”. Asimismo, los términos “indispuesta” o “enferma” hacen referencia a menstruar; “hallarse en mal estado” significaba estar embarazada; y “descomponerse” equivalía a iniciar el trabajo de parto. (5)

Las construcciones que provee una sociedad son visibles a través de los mitos y el folklore: el lugar que ocupan las mujeres adultas. Al revisar los cuentos de hadas (resabios de antiguas culturas que honraban a una deidad femenina) (14) y brujas para niños –que son los que han influido sobre la mayor parte de nuestra población en la temprana infancia– nos presenta una imagen de la preconcepción mítica en nuestra cultura sobre las mujeres en etapa de climaterio. Nada se habla de varones en esa etapa.

En otras épocas, se creía que una vez terminada la etapa en que la mujer puede procrear, los únicos caminos que le quedaban era la soledad, la enfermedad y la espera de la muerte. Entonces, no quedaba lugar en este modelo para la sexualidad, ni para cualquier actividad que implicara pasión o placer.

Si bien estos modelos en nuestra sociedad están considerados racionalmente caducos, no obstante a veces, desde la representaciones sociales que emergen en la vida cotidiana, se naturalizan los viejos mitos.

2.2.8. Climaterio. Aspectos psicológicos

La edad media de la vida o el inicio de la declinación genera en cada sujeto distintas vivencias sobre lo que es inevitable: el envejecimiento. Por un lado, hay que hacer notar que no depende sólo de los cambios producidos por trastornos hormonales en sí, sino del modo en que la mujer enfrentó el pasado: su menarca, sus relaciones amorosas, su maternidad y lactancia. Además, depende de la manera en que la sociedad acepta la idea de la vejez y su implacable relación con la muerte. (41)

Por otro lado, según manifiesta Diamond (37), en el climaterio masculino los cambios hormonales, fisiológicos y químicos influyen en todos los aspectos de la vida del varón. En sus estudios, el autor manifiesta que existe semejanza (a nivel de síntomas) entre el climaterio masculino y el femenino.

Es decir, es en ese momento cuando la mujer pierde para siempre la capacidad biológica de ser madre. Parafraseando a Burín (4), las mujeres al tener sus hijos fueron absorbidas por su labor de maternaje; y les resultará complejo dejar ese rol y elaborar el duelo. Lo más probable es que sientan una sensación de inutilidad, vacío, tristeza y que tengan reacciones psicósomáticas. En cambio, las mujeres que conservaron un espacio privilegiado para su sexualidad, sus cuestiones individuales e impidieron que sus hijos se interpusieran entre ellas y su pareja, superan la crisis. En particular, las que sobrellevan esto con armonía son aquellas que tienen una buena motivación laboral, profesional o creativa. Luego, sienten que pueden dedicar su tiempo a todo aquello que fue postergado por la crianza de los hijos y la atención del hogar.

La aparición de manifestaciones psicológicas no se produce en todas las mujeres al mismo tiempo. La temida “edad crítica” entra en escena alrededor de los 40 años.

La identidad femenina se siente amenazada –con la menopausia– porque pierde la capacidad de procrear, junto con la crianza de niños (si hubo) y la imagen corporal. De todas maneras, el desarrollo personal, profesional y laboral en la actualidad son fuentes importantes de autoconfirmación en la mujer, así como lo es en forma marcada en el varón, cuando se sitúan en otros proyectos. (41)

Las evidencias empíricas señalan distintos síntomas durante el climaterio. Las personas que previamente han experimentado transiciones se encuentran mejor preparadas para enfrentar el cambio. Algunas mujeres afrontan con la edad cambios vitales que pueden conducir a la depresión (pérdida de familiares y amigos, cónyuge, etc.). El consejo y apoyo por parte de los profesionales pueden acortar estas crisis e impedir que se desarrollen alteraciones mentales más graves.

La ansiedad sufrida por la mujer está relacionada con los reconocidos cambios neurobiológicos y psico-sociales que se presentan en esta etapa de la vida. La ansiedad de la mujer en climaterio puede interferir en diferentes escenarios de la vida, afectando el desempeño de su rutina cotidiana. Los niveles de ansiedad pueden no ser suficientes dentro de la semiología psiquiátrica para constituir diagnóstico de patología ansiosa; sin embargo, las pacientes reconocen que produce un malestar significativo, lo cual moviliza a la búsqueda de un tratamiento orientado a disminuir la presencia de los síntomas. La ausencia de menstruación ha sido considerada en distintos contextos y su valoración –positiva o negativa– está influida por la percepción de la mirada de “otro sujeto”.

Cada mujer convive con su climaterio de acuerdo a la manera en que vivió su sexualidad. Una mujer que pudo disfrutar (sin culpa) su sensualidad y sexualidad, parir y más tarde despegarse de sus hijos para volver a su pareja; alguien que puede observarse y descubrir con sabiduría su nuevo esquema e imagen corporal, seguramente transitará su climaterio como una etapa evolutiva más. (41)

Diamond J. (37) manifiesta que algunos sujetos en esa etapa evolutiva presentan manifestaciones de ansiedad. Además, los varones en esa etapa se sienten atraídos por recuperar tiempos de logros (económicos, sociales, íntimos). Kusnetzoff (35) señala como características el miedo a envejecer, la sensación de no haber alcanzado las metas propuestas, la necesidad de aferrarse a la fantasía de la juventud como época ideal. Asimismo, “el miedo más o menos explícito a perder la virilidad, a ser considerado impotente” es una de las dificultades que presentan en esta etapa los varones, motivo por el cual, en la actualidad algunos consultan sus problemas al médico clínico o urólogo.

El concepto de prevención, así como el concepto de salud, es una construcción cultural y social. Las intervenciones deben ajustarse a las diferentes culturas, circunstancias sociales de las distintas personas.

2.2.9. Climaterio. Aspectos psico-sociales

La etapa del climaterio coincide con cambios psico-sociales en el ciclo vital de la mujer y el varón, los cuales están dados por la aparición del síndrome del “nido vacío”, edad donde se piensa en el futuro y en la jubilación; la aparición de algunas enfermedades propias o de sus allegados pares, la pérdida de relaciones interpersonales, y el cambio de aspecto físico (esquema e imagen corporal). (7)

Esto sucede en un contexto social actual donde la imagen corporal tiende a la búsqueda de mantenerse “siempre adolescente”. A las mujeres –en los últimos tiempos también a los varones– se les exige belleza física con los parámetros de la juventud, negándosele expresar sus sentimientos y la sexualidad de la edad que atraviesan. Esto refuerza el sentimiento de escisión entre el cuerpo y el yo.

Algunas mujeres y varones, durante el transcurso de esta etapa de la vida, sufren pérdidas significativas tales como la muerte del cónyuge. Posteriormente, pueden nacer los nietos, abriéndose la vida a una vivencia afectiva trascendente: experimentar y desarrollar el rol de abuela/o. (42)

A medida que las poblaciones dejan de trabajar, pierden los beneficios económicos, sociales y psicológicos de la actividad. El varón –por la construcción de su subjetividad– es sensible a la pérdida de trabajo y a la jubilación. Si bien la edad normal de jubilación en los países en vías de desarrollo tiende a ser menor que en los países desarrollados, con frecuencia en estos países las personas mayores están forzadas a trabajar durante los últimos años de su vida.

Asimismo, aunque en algunas partes del mundo haya beneficios en materia de salud, dichos beneficios –para varones y mujeres– no siempre cubren de manera adecuada los honorarios de los profesionales, que conlleva la edad. Esto puede disuadir a los varones y mujeres de avanzada edad, a no buscar una atención médica adecuada en esa etapa de su vida.

Esta nomina –no exhaustiva– de aspectos psicosociales puede ser asumida como detalle de ventajas o desventajas por las mujeres/varones en climaterio. A saber, varía según la cultura y las expectativas existentes respecto a ese momento existencial.

2.2.10. Climaterio. Aspectos familiares

Hay coincidencias entre los autores Minchin, S. (43), Fishman, H (44); Grosman, C. (45); Andolfi, M. (46) (47), cuando expresan que la familia es la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, se acomoda a la sociedad y garantiza alguna continuidad a su cultura. La familia se caracteriza por la comunicación directa entre sus miembros; las interacciones relativamente exclusivas; la conciencia de pertenencia al grupo; los objetivos comunes y compartidos; la organización y reglas específicas de funcionamiento. Además, es un lugar de encuentro entre necesidades individuales y propuestas sociales.

La estructura familiar, como conjunto en interacción, es un sistema que se encuentra en transformación constante, acorde con las diferentes etapas del ciclo vital. Cada familia es portadora de los valores y las creencias propias de la cultura en que está inmersa. Asimismo crea, en función de los valores, sus códigos adecuados alrededor de los cuales se organizan las relaciones interpersonales que los miembros de cada unidad familiar establecen entre sí. (47)

Por consiguiente, en la etapa del climaterio, varones y mujeres en general tienen que incrementar la flexibilidad de los límites familiares. Es un proceso emocional en transición. Por una parte, permitir la autonomía e independencia de los hijos; por otra, sostener la fragilidad de los propios padres.

Además, se tienen que dar cambios para continuar con el desarrollo. Hay un cambio en las relaciones entre padres e hijos para permitir que el adolescente y/o joven/adulto entre y salga del sistema. Luego, se reorganizan las situaciones maritales y profesionales. Y en algunos casos, se renegocia con la pareja el cuidado compartido de la generación anterior.

El síndrome del "nido vacío" del cual se habla cuando las mujeres han centrado sus vidas en la capacidad de crianza, es relativo y no es un evento universal. En algunos casos, al salir los hijos del hogar, se observa un fenómeno opuesto al "nido vacío". Es decir, las madres manifiestan satisfacción: es la oportunidad de revitalizar la relación de pareja, si ésta fue funcional. En cambio, si la pareja ha sido disfuncional, puede aumentar las posibilidades de divorcio, al desaparecer los hijos como factor pseudo aglutinante. En esta edad, la viudez es otro evento doloroso, aunque tampoco es universal. Cuando ello ocurre deben realizarse readaptaciones en los roles familiares. (5)

2.2.11. Climaterio y aspectos económicos

En la etapa del climaterio suele existir un aumento de la carga financiera. A saber, se responde económicamente por los mayores y menores del grupo familiar. Por tanto, hay que acumular recursos para la propia vejez; paralelamente existen menos posibilidades laborales y de capacitación profesional.

En la actualidad, la mujer constituye un porcentaje representativo de la fuerza laboral. En algunos casos son casadas, trabajan fuera del hogar y luego deben seguir con el trabajo doméstico, exigiéndosele (y ellas mismas exigiéndose) comportarse como una "mujer modelo", la "súper mamá", que "se las arregla" para ocuparse de todo.

2.2.12. Climaterio. Sexualidad.

Según afirma Abadi (48), la *sexualidad* (de la cual el sexo es una de sus manifestaciones, no la única) es una expresión, un lenguaje, una serie de representaciones y discursos insertos en el ámbito cultural instituido e instituyente del hombre.

Se entiende por *sexualidad* el conjunto de condiciones estructurales, fisiológicas, comportamentales y socioculturales que permiten el ejercicio de la función sexual humana. La función sexual es conciente y condicionada por la cultura, que se ha derivado filogénicamente de la función reproductora, pero que es ejercida en primer lugar de modo placentero o lúdico y, en segundo lugar, de modo reproductor, mediante el uso de zonas corporales u órganos de especial sensibilidad. (48)

Las mujeres y los varones viven su sexualidad dentro de un contexto sociocultural determinado, de acuerdo a las características de su personalidad, las huellas de su educación y de su historia, los prejuicios, sus sistemas de creencias y mitos que comparten. Así, la sexualidad se construye en cada etapa evolutiva por la que se atraviesa (5). A la sexualidad se la define como todas aquellas conductas que elige un sujeto para obtener su placer sexual y sensual dentro de su sistema de creencias. Sólo se exceptúa la agresión moral y física del compañero/a (si la hay).

La respuesta sexual humana, de acuerdo con la teoría de Hellen Singer Kaplan (24), se puede dividir en tres fases: deseo, excitación y orgasmo. La capacidad de placer erótico se inicia con el nacimiento y no tiene por qué desaparecer hasta la muerte. No obstante, la edad modela la dimensión biológica de la sexualidad. Por consiguiente, la intensidad y la calidad de la respuesta sexual varían en cada nivel cronológico.

Parafraseando a Singer Kaplan (49), los efectos de la edad son una muestra de la compleja trama entre determinantes físicos y psicológicos de la sexualidad humana. Hay cambios biológicos vinculados a la edad que son universales, pero las respuestas de los sujetos a esos cambios varía según la historia de cada ser.

Asimismo, hay algunas disfunciones sexuales que suelen presentarse en las mujeres durante el clímax: la apatía sexual o deseo sexual inhibido, la disritmia o alguna conducta fóbica durante la fase de deseo, la falta de lubricación vaginal, la dispareunia o el vaginismo en la fase de excitación, y la baja intensidad del orgasmo o la franca anorgasmia en la fase final de orgasmo. En los varones suelen exteriorizarse, en la fase de deseo, la apatía sexual, la disritmia o alguna conducta fóbica; en la fase de excitación, la disfunción eréctil; y en la fase de orgasmo, la eyaculación precoz o retardada. Todas éstas pueden ser tratadas con una terapia psicosexual especializada. (49)

De la misma manera, sostiene Singer Kaplan (49), algunos varones y mujeres que se hallan en la década de los 50 se refugian en la irritabilidad, depresión o temple paranoide. Otros/as, en cambio, abandonan a sus compañeras/os y buscan personas más jóvenes, estímulos exóticos, en su deseo de volver a recuperar la intensidad erótica de la juventud.

Para la autora citada, la edad ejerce influjos distintos sobre el ciclo sexual, según se trate de hombres o mujeres. Los hombres experimentan la máxima respuesta y capacidad alrededor de los 17 o 18 años. Luego la disminución es constante. Por el contrario, las mujeres alcanzan su máxima plenitud en los últimos años de la década de los 30, e incluso en la década de los 40 años, y a partir de ese momento su libido disminuye a un ritmo más

lento que en los hombres. El funcionamiento sexual de la mujer durante los años de la menopausia es variable y depende de su estado psíquico general. (24)

La autora afirma que la sexualidad no desaparece. No obstante, la calidad del placer sexual cambia por encima de los 40 años. Las sensaciones genitales intensas y localizadas del joven mutan a una experiencia más sensual, pero difusa y generalizada. Después de los 50, en los varones, la longitud del período refractario y la frecuencia del orgasmo se modifican. (24)

Hay que destacar que no siempre se reconoce que es diferente el proceso de envejecimiento sexual del varón y de la mujer. El cambio del metabolismo de los andrógenos en el varón es gradual en comparación con el cese brusco de la función ovárica en las mujeres. (24)

En particular, varios autores [Singer Kaplan, Helen (24); Kusnetzoff, Juan C. (35)] sostienen que cualquier trastorno de la sexualidad es expresión de conflictos o desórdenes psicológicos preexistentes. El destino de la libido depende de factores que convergen durante este período: cambios fisiológicos, oportunidades sexuales, disminución de las inhibiciones.

Singer Kaplan (24) afirma que las implicaciones clínicas (las quejas sexuales) en la mayoría de las personas de edad, son fruto de reacciones psicológicas adversas a los cambios biológicos normales relacionados con la etapa evolutiva que afectan a la respuesta sexual.

En palabras de Butler (15) “...la sexualidad nos traslada fuera de nosotros mismos. [...] La sexualidad no es simplemente un atributo que uno tiene, o una disposición o una serie de inclinaciones predeterminadas. Es un modo de disposición hacia los otros, incluyendo el modo de la fantasía, y a veces sólo en el modo de la fantasía”.

En resumen, más allá de la etapa evolutiva que la persona atraviesa, la sexualidad es una construcción social que no envejece cuando se conserva la confianza en sí mismo/a, y en el/la compañero/a con el/la cual comparten la vida. La edad no debe ser una barrera para disfrutar del placer. Un/a varón/mujer sanos experimentarán los cambios hormonales sin dejar de participar y gozar de una vida sexual activa, con intercambios amorosos e imaginativos.

2.2.13. Climaterio. Mitos y creencias

En particular, en base a lecturas, y al trabajo empírico realizado, se han construido algunos mitos acerca de la etapa del climaterio (femenino/masculino), si bien algunos han sido develados. La nómina que sigue a continuación no es exhaustiva:

- La sexualidad se debilita en el climaterio y desaparece en la vejez.
- El hombre y la mujer de edad avanzada no tienen vida sexual.
- La sexualidad termina al entrar en climaterio.
- La menopausia representa la muerte de la mujer
- La mujer en el climaterio no es atractiva sexualmente.
- La masturbación es una práctica que debe evitarse en todas las edades.
- La mujer que no menstrúa ya no debe tener relaciones sexuales.
- La esterilización o la histerectomía acaban con la vida sexual.
- La relación sexual, si no tiene fines reproductivos, no tiene razón de ser.
- Una mujer sin hijos no se realiza en la vida.
- El déficit de estrógeno produce depresión.
- Las mujeres que toman hormonas engordan.
- Ser un buen varón implica estar siempre listo.
- Los hombres de más de 60 años carecen de vida erótica.
- El hombre siempre debe desear y estar listo para el sexo.

Rodríguez (5) afirma que aunque coincidan en algunos aspectos, los prejuicios de cada grupo social son diferentes. Construir la subjetividad será resultado de dilucidar el sentido de cada mito, a partir de un análisis crítico de sus contenidos manifiestos y latentes.

CAPITULO 3 SUBJETIVIDAD

3.1. Proceso de socialización

Un breve recorrido histórico-social respecto de la noción de *sujeto* nos lleva a preguntar: *¿cuáles son las condiciones para que hombres y mujeres se constituyan a sí mismos como sujetos?* El supuesto del cual se parte en este trabajo es que existe una construcción psico-social de la *subjetividad* sexuada en la etapa del climaterio. Se hace un recorte histórico-social, parcial y acotado, sólo útil para dar algunas respuestas a los interrogantes que se plantean sobre varones y mujeres en la etapa del climaterio (la unidad de observación que sirve de sustento a estas indagaciones).

La idea central es que hablamos de una “construcción”, que por tanto no viene dada al nacer. Así, es el resultado de experiencias sucesivas que el sujeto mantiene con su contexto socio-cultural y que tiene lugar a lo largo de la vida. Es decir, la socialización del sujeto se construye en procesos biopsicosociales.

Butler (15) manifiesta que:

Decir que el deseo de persistir en el propio ser depende de las normas de reconocimiento equivale a decir que la base de la propia autonomía, de la propia persistencia como “yo” a través del tiempo, depende fundamentalmente de la norma social que excede a este “yo”, que posiciona este “yo” ex-tácticamente, fuera de sí mismo en un mundo de normas complejas e históricamente variables.

En palabras de Grosmann (45), el individuo es al mismo tiempo individual y social. La vida de la persona transcurre en medio del intercambio con otros seres, es decir, en el ámbito de las relaciones interpersonales. En este sentido, el individuo vive su ser cotidiano como un proceso de experiencias personales únicas e intransferibles.

Asimismo el sujeto, a causa de sucesivos encuentros con sus semejantes, interioriza las modalidades de relación social, que le permiten pensar, actuar y constituirse en miembro de la sociedad. La socialización instituye un proceso de inducción social por medio del cual el sujeto incorpora la estructura social, la acepta y se comporta según sus normas. Así, en la niñez, el/la niño/a acepta los roles y actitudes de los otros significantes, o sea que los internaliza y se apropia de ellos. Y por esta identificación con los otros significantes, el/la niño/a adquiere una identidad subjetivamente coherente: aprende que

él/ella es lo que lo/la llaman. Cada nombre implica una nomenclatura, que a su vez implica una ubicación social determinada. Recibir una identidad comporta adjudicarnos un lugar específico en el mundo.

White (50) hace referencia a la vida de las personas como relato o narrativa. Los seres humanos son seres interpretantes que van construyendo la realidad activamente en relación a la experiencia. En particular, es necesario algún marco de inteligibilidad que brinde un contexto para la experiencia y que posibilite la atribución de significados. Los significados de este proceso no son neutrales. En consecuencia, el relato o la historia propia es lo que determina la forma de la expresión de nuestra experiencia vivida. Así pues, las personas viven a través de los relatos que tienen sobre la vida y, luego, son las historias que moldean su subjetividad.

Asimismo Stierlin (51) afirma que las historias de vida son construcciones lingüísticas que dominan, ordenan y almacenan las experiencias vitales, creando sentido y orientando al “sí mismo” a asegurarse de manera duradera su identidad y, al mismo tiempo, construyendo en forma permanente nuevas experiencias de la subjetividad. La manera de construir, narrar, escuchar y transmitir estas historias de vida varía según la época, la cultura y también la situación de la familia. En consecuencia, lo relacional nos permite obtener una comprensión de cómo varones/mujeres atraviesan la etapa evolutiva del climaterio en contextos determinados.

Bleichmar (18) afirma que:

La producción de la subjetividad es del orden histórico, social y político; alude a los modos con los que cada sociedad determina las formas con las cuales un sujeto se constituye como sujeto social y se inserta en el mundo en que le toca vivir. La constitución del psiquismo, por su parte, intenta cercar un conjunto de variables que implican cierta universalidad, cuya permanencia se sostiene más allá de ciertos cambios en la producción de sujetos históricos.

Dicho de otro modo, el ser humano aprende desde el momento en que nace. Las experiencias que acumula contribuyen a la formación de su yo y son la base de la construcción del sujeto. Se sujeta a la realidad. Se utiliza “yo” y “sí mismo” como sinónimos de sujeto, y es un constructo epistemológico para describir la realidad del ser. Estas historias que quedaron fijadas en la infancia, se convierten en guiones. Los guiones son historias condensadas que sirven para facilitar las decisiones y orientar la manera de actuar. (51)

Ahora bien, pretender que la familia sea la responsable de la constitución subjetiva del/a niño/a es no comprender la trama de infinitos hilos que se entrecruzan, atraviesan e influyen en su funcionamiento y roles.

Por su parte, Minuchin (43) afirma que “la familia es la matriz de identidad”. La familia, en todas las culturas, imprime en sus miembros, por un lado, un sentimiento de pertenencia (sostén afectivo), y por otro, un sentimiento de individuación (diferenciación de los otros). Sobre todo, es matriz de aprendizaje y socialización.

Andolfi (46) afirma que los procesos de diferenciación en el interior del sistema familiar construyen la expresión del sí mismo de cada individuo. Asimismo, el individuo, con la seguridad de pertenencia a un grupo familiar suficientemente cohesionado, se diferencia poco a poco en su sí mismo, y se volverá menos esencial en el funcionamiento del sistema familiar de origen hasta que al fin se separe de éste hasta que pueda constituir, a su vez, con funciones diferentes, un sistema nuevo y generando su subjetividad.

Diferentes autores [Burin (4), Meler (5) y otros] han descrito el desarrollo psicológico del individuo como la progresión gradual de un estado de fusión-indiferenciación a un estado de separación-diferenciación. Este proceso está determinado por diversos estímulos: biológicos, la díada psicológica madre-hijo y el conjunto de procesos de interacción familiar.

Según Andolfi (46), la unidad estructural que construye la autonomía individual es la relación triangular que se establece entre progenitores e hijo. Varios autores [Burin (4), Meler (5)] coinciden en afirmar que el proceso de aprendizaje de los roles genéricos y el desarrollo de la identidad genérica sostienen que la organización parental asimétrica, en la cual las mujeres ejercen la maternidad, produce y reproduce subjetividades femeninas y masculinas diferenciadas y desiguales. Tanto niñas como varones crecen dentro de familias en las que las madres son el progenitor principal, encargado predominante de los cuidados personales. Mientras las niñas pueden identificarse más directa e inmediatamente con sus madres, a los niños no les sucede lo mismo con sus padres. (4)

En este sentido, cada familia crea y re-crea sus propios triángulos relacionales y estos sucesos condicionan la evolución de su estructura. Para diferenciarse, cada miembro tendrá que ensanchar y deslindar un espacio personal por la vía de los intercambios con el exterior. Por tanto, así se definirá su identidad y ésta se enriquecerá al mismo tiempo que el individuo aprenda y perciba nuevas modalidades de relacionarse. Asimismo, experimentará las funciones que cumple dentro de los sistemas a los que pertenece –en momentos

evolutivos diversos y con personas diferentes— sin perder por eso el sentido de continuidad, que será lo que construirá la *subjetividad*.

Recapitulando, estas etapas evolutivas pasan por períodos de inestabilidad: son reajustadas las relaciones de cohesión-diferenciación entre los miembros del grupo. Son fases de incertidumbre y confusión para pasar a nuevos equilibrios funcionales, aunque no siempre esta evolución se produce. A veces sucede que las reglas de asociación que gobiernan al sistema familiar impiden la individuación y la autonomía de los miembros. En consecuencia, generan algunas conductas disfuncionales que luego se traducen en la *subjetividad*.

Sin embargo, las figuras parentales no son las únicas que los niños ven; también tienen acceso a múltiples imágenes externas a través de los diferentes medios de comunicación. La *subjetividad* de los niños se va formando de este modo, contribuyendo a que se sientan ellos mismos (y los grupos sociales a los que pertenecen) sometidos a una comparación constante.

Luego, gracias al juego de vínculos e interrelaciones —en las distintas etapas evolutivas del sujeto— que se desarrolla en el ámbito escolar (escuela primaria y secundaria), la universidad y el trabajo, se construye la *subjetividad*.

La idea central es que la construcción de la *subjetividad* se produce a lo largo de toda la vida. De modo que el sí mismo está en constante modificación en la interacción con los otros y con las distintas situaciones evolutivas.

Dicho de otra manera, es la creación de un sentimiento interno de mismidad, continuidad, una unidad de la personalidad sentida por el individuo y reconocida por otro. Es el saber “*quién soy*” y “*quién voy siendo*” (3).

Gamba (14) conceptualiza la *subjetividad* como “un proceso que abarca simultáneamente las instancias material (realidad) y lo simbólico (lenguaje) que la estructuran”.

El “otro”, como modelo, como rival, como objeto, está siempre integrado en la vida psíquica del sujeto (varón-mujer), subrayando el carácter interaccional grupal de la subjetividad. El ser humano no es un individuo, sino un mundo de relaciones. Es decir, estos encuentros, estas relaciones con otros sujetos se definen como vínculos, a los que Pichón Riviére (52) define como una estructura compleja en la que están incluidos un sujeto, un objeto, la interacción entre ambos y procesos de comunicación y aprendizaje.

La estructura vincular implica interdependencia de los elementos que la constituyen. La construcción del sujeto se produce movilizado por el deseo; éste será la falta, la carencia que está en otro ser o que el otro tiene y que potencia la posibilidad de encuentro con el mundo externo, condición para la subjetivación.

La *subjetividad*, entonces, se va construyendo a partir de la incorporación de la realidad externa. Siguiendo a Pichón-Riviére (53), sabemos que “en un escenario interior se intenta reconstruir la realidad exterior, pero objetos y vínculos aparecen como modalidades diferentes por el fantaseado pasaje desde el afuera hacia el ámbito intrasubjetivo, el adentro”.

Así, en el permanente interjuego entre mundo interno-mundo externo se produce la internalización de otro como elemento integrado a un contexto, como parte del hábitat. Este proceso de incorporación está mediatizado por la capacidad de simbolización del sujeto, así como por la fantasía.

En la construcción de la subjetividad como reconstrucción fantaseada de la red vincular en la que el sujeto (varón-mujer) emerge, se pone de manifiesto lo eficaz del proceso de interacción y la importancia central de esta trama compleja. Desde esta perspectiva, varones/mujeres son sujetos sociales; así producen su sujetamiento a la estructura social. La socialización es el recurso de la sociedad para que se internalicen sus ideales, valores, pautas y, además, se lleguen a reproducir comportamientos aptos de acuerdo a lo que se espera en tanto miembros de la sociedad.

Asimismo, la socialización es un proceso con secuencia temporal, en virtud de la cual el individuo se vuelve gradualmente miembro de la sociedad. Se trata de una trayectoria de aprendizajes, múltiples experiencias de exploración de lo real en busca del objeto de gratificación de la necesidad, en la cual se incorpora al mundo externo como realidad significativa, social y se internalizan los roles que se deben cumplir. (54)

En ese sentido, en cada experiencia de aprendizaje se va inscribiendo en la subjetividad una modalidad de encuentro con el otro: una forma de aprender, de interpretar lo que pasa. Así se configura una matriz o modelo interno de aprendizaje que se define como modalidad con la que cada sujeto organiza y significa el universo de su experiencia. A saber, el universo de conocimiento es una estructura compleja y contradictoria con una infraestructura biológica que incluye no sólo aspectos conceptuales, sino también emocionales, afectivos y esquemas de acción.

El individuo llega a ser lo que los otros significantes lo consideran. Es decir, no sólo acepta los roles y las actitudes de otros, sino que en el mismo proceso acepta el mundo de ellos. (54)

La socialización es un proceso integral en la medida en que operan en forma coordinada condiciones biológicas, psicológicas y socio-culturales.

En realidad la identidad se define objetivamente como ubicación en un mundo determinado y puede asumírsela subjetivamente sólo junto con ese mundo.

La identificación permite al sujeto asimilar un aspecto o atributo del otro y transformarse total o parcialmente sobre el modelo que este provee. Berger y Luckmann (54) hacen referencia a que “el yo es una entidad reflejada”, porque irradia las actitudes que inicialmente adoptaron para con él los otros significantes. Luego, los otros significantes se van abstrayendo progresivamente hasta convertirse en los roles y actitudes en general, lo cual permite no sólo la identificación con otros concretos, sino con la sociedad. La función simbólica es la capacidad existente en el sujeto desde los dos años de vida de evocar objetos, acciones y finalidades no presentes mediante imágenes, gestos, símbolos y signos.

La socialización secundaria es el proceso posterior que induce al individuo socializado a nuevos sectores del mundo objetivo de su sociedad. Es la internalización de submundos institucionales o basados sobre instituciones, y requiere la adquisición de vocabularios específicos, de roles. Es decir, significa la internalización de campos semánticos que estructuran interpretaciones y comportamientos de rutina dentro de un área institucional. El proceso de socialización secundaria es permanente.

Burín (4) expresa que hasta épocas recientes, el climaterio era monopolizado por el discurso y las prácticas médicas, en parte debido a los hallazgos de la medicina que contribuyeron a extender –en el caso de las mujeres– el período de vida útil más allá de su período reproductivo; a los avances de la industria farmacéutica después de la Segunda Guerra Mundial y al avance de ciertas herramientas de la medicina para el diagnóstico y el tratamiento de algunos trastornos hormonales.

Asimismo, la autora citada señala que es reciente que el climaterio (femenino), entendido como problemática, sea percibido y tratado desde otros dispositivos antropológicos, sociológicos, psicológicos, y no como una enfermedad que deba ser medicada.

Por su parte, estudios psicoanalíticos clásicos acerca de las mujeres de mediana edad hicieron referencia a la pérdida de la capacidad reproductora y, junto con ella, cierta

inamovilidad psíquica que impedía seguir construyendo su subjetividad. Burin (4) cita a Helene Deutsch (1947) cuando sostiene que los trastornos psíquicos de las mujeres en climaterio serían ineludibles. Asimismo, Burin cita a otra psicoanalista, T. Benedek (1945), quien afirma que el climaterio no priva a la mujer de lo adquirido durante su madurez psicológica y a través de vínculos afectivos; no obstante, sostiene que la desexualización de sus emociones puede servir a la mujer madura para encarar sus relaciones afectivas con mayor serenidad, menor conflictividad, quedándole además energía libre que antes estaba ligada eróticamente y que luego le facilita una nueva relación con su entorno social. Burín (4) cita a Marie Langer (1964), quien afirma que un climaterio libre de crisis depresivas y otros trastornos es un hecho excepcional. Sugiere que existen factores sociales e históricos que favorecen la aparición de los trastornos psíquicos en este grupo de mujeres. Resalta que existe un requisito para que el climaterio sea transitado con menos conflictos: que las mujeres no queden frustradas en lo maternal, para que luego puedan sublimar en lo laboral. Si bien en la actualidad es muy cuestionada esta postura, la mayoría de los estudios psicoanalíticos sobre menopausia y climaterio ponen énfasis en la pérdida de una condición anterior: la función reproductora. Con la llegada de la menopausia, los fantasmas de muerte se instalan. Ya no hay posibilidad de dar vida. Las mujeres saben de la vida y la muerte, porque ambas pasan por sus cuerpos real o simbólicamente.

El climaterio, desde la perspectiva de la psicología sistémica, se toma como etapa del ciclo vital. Se caracteriza en el proceso emocional por el aumento de la flexibilidad de los límites familiares para incluir la independencia de los niños y la fragilidad de los abuelos. Hay cambios en las relaciones conyugales y profesionales: está el comienzo del cambio hacia el cuidado compartido de la generación anterior. (7)

Coria, y otros (2) reflexionan sobre los cambios en la vida de las mujeres, que también pueden hacerse extensivos a los varones. La autora habla de la “aceptación” como actitud de reconocimiento ante la situación que se modificó y que dejó de ser lo que era. Asimismo, menciona el “acompañamiento” como modo de transitar los cambios con una actitud de plasticidad para asumir un devenir que aún no está definido, desprenderse de parte de lo conocido. Menciona el acompañamiento como la posibilidad de atravesar la transición, sabiendo que es eso y nada más que eso: un pasaje de lo conocido hacia un futuro abierto al propio deseo. Posteriormente menciona el “protagonismo” como la actitud de tomar posesión de los cambios. Sin desprendimientos, no hay nuevos apoderamientos. Desprenderse del pasado es lo que hace posible tomar posesión del presente; con todo, no

significa desentenderse del pasado. Pensar que los desprendimientos a los que la vida nos enfrenta son transformaciones del pasado en pos de adquisiciones presentes, para protagonizar los cambios con mayor beneficio. Por su parte, Andolfi (46) caracteriza a la etapa del climaterio como un cambio del sujeto intrasistémico.

Las personas tienen la capacidad de construir significados, de “dar sentido” al mundo que está a su alrededor y a todo aquello que les sucede. Es decir, las personas construyen significados para entender lo que experimentan, las acciones de los demás y las propias. La capacidad de crear significados personales para responder e interactuar con el mundo y entre sí, siempre en referencia a un conjunto de significados internos, se puede considerar como la cualidad esencial de las personas.

Las personas construimos la realidad desde nuestra experiencia. Coria (2) habla de reconstrucción o reorientación de la vida en la mediana edad. Las mujeres y los varones cumplen, en general, con poscompromisos asumidos en la juventud y la mediana edad es el momento de satisfacer anhelos postergados o protagonismos que eran incompatibles con los proyectos de otros momentos (familia, hijos, mandatos, etc.).

Según Dallos (56), la palabra creencia engloba dos aspectos importantes: primero, que la creencia contiene la idea de un conjunto perdurable de interpretaciones y premisas acerca de aquello que se considera cierto. El segundo, relacionado con el primero, es que existe un conjunto emotivo o un conjunto de afirmaciones básicamente emocionales acerca de lo que debe ser cierto. Se refiere esencialmente a lo que una persona “cree que está ocurriendo” en esa etapa de la vida.

Algunos autores argumentan que si bien los cambios de esquema e imagen corporal producen impactos psicológicos, en algunos casos es más intenso el discurso vigente –el imaginario social–, que no sólo lee sino que descalifica y desvaloriza el cuerpo envejecido. El discurso de los cambios corporales (femeninos y masculinos) es discurso de la exclusión. (14)

Fernández (12) expresa que uno de los rasgos más característicos del siglo XX es la irrupción de las mujeres en espacios sociales tradicionalmente ocupados por hombres. Espacios conquistados en medio de resistencias y oposiciones, pero perfilando una imagen de mujer diferente a la mujer madre, esposa.

La autora citada expresa asimismo que a lo largo de la historia de Occidente podemos encontrar variaciones con respecto a las concepciones de lo femenino. Lo que estas variaciones tienen en común es que siempre son imaginadas como universales y

eternas. Esta ilusión de atemporalidad deniega la construcción socio-histórica de la subjetividad. No obstante, los soportes narrativos ofrecen variaciones argumentales según los períodos históricos, en función de las instituciones que hegemonicen en cada uno de ellos la producción de representaciones.

Feminidad y masculinidad son términos que hablan de condiciones inherentes del ser: de mujeres y hombres respectivamente.

3.2. Crisis

Un período de crisis aguarda al ser humano cuando debe enfrentarse con el envejecimiento y lo ineludible de la propia muerte; período que entraña una nueva crisis de identidad.

Esta fase particular la denominan algunos autores (4) como “crisis de la edad media de la vida”. Las referencias explícitas en relación con este período de la edad adulta toman en cuenta el factor biológico al cual supeditan las distintas alteraciones que se expresan en el plano a los futuros cambios determinados por el climaterio femenino y masculino. Sin embargo, la crisis de la edad adulta abarca mucho más que síntomas o consecuencias de esa alternativa fisiológica.

El concepto de crisis, por un lado, conlleva la idea de ruptura de un equilibrio anterior; por otro, comprende la posibilidad de ubicarse como sujeto activo, reconstruyendo el nuevo estado. (4)

Pittman (7) considera que “se produce una crisis cuando una tensión afecta a un sistema y requiere un cambio que se aparta del repertorio usual del sistema”. En ese momento de crisis, los límites se aflojan, las reglas y los roles de las personas se confunden, la metas y valores pierden importancia e incluso tienden a desaparecer. Se reviven los conflictos inconclusos y absorben mucha atención. La tensión es una fuerza que tiende a distorsionar; son específicas de cada sistema y de cada persona.

Si bien cada crisis es única, la mayoría posee características dentro de cuatro categorías, basadas sobre la naturaleza de la tensión: desgracias inesperadas, crisis de desarrollo, crisis estructurales y crisis de desvalimiento. Estas crisis no se dan en forma pura; en este apartado se desarrollará la que corresponde a la etapa del climaterio. (7)

3.2.1. Crisis de desarrollo

Pittman, F. (7) define a la crisis de desarrollo como previsible; éstas deberían ser manifiestas, pero pueden poseer algunos rasgos encubiertos. Pueden representar cambios permanentes en el status y función de los miembros de la familia. Pueden surgir a raíz de factores biológicos y sociales. Son reales, no pueden prevenirse. Algunos cambios evolutivos son sutiles y graduales; otros son abruptos y dramáticos.

En la crisis de la mediana edad (alrededor de los cuarenta años) los hombres se tornan más conscientes de la pautas de superación o fracaso de sus carreras y repiensen sus metas. Las mujeres que se han consagrado a su profesión experimentan lo mismo; aquellas que han centrado su vida en el crecimiento y la educación de sus hijos están más propensas a sentirse vulnerables cuando llega la época del “nido vacío”. La crisis de emancipación que varones y mujeres pueden atravesar corresponden a tres síndromes: 1) el del nido acogedor, en el que el joven permanece en el hogar, sin emanciparse, y sus padres se sienten cómodos con ello; 2) el del nido atestado, en el que el joven se queda en casa sin emanciparse, pero sus padres se sienten incómodos; 3) el de los vuelos fatales, en el que el joven adulto hace de su emancipación un desastre, pero no quiere regresar al hogar. (7)

Parafraseando a Rodríguez (5), la crisis de la mitad de la vida en la mujer está relacionada con la mitología de la feminidad e involucra el conjunto de ideales y modelos asociados a la maternidad: la prestación de servicios, la pasividad. Es decir, algo opuesto al desarrollo de ambiciones e intereses personales de otro orden y al ejercicio del poder. El rol de la mujer ha sido durante siglos el de cuidar la vida y las relaciones, y llegó a ser un imperativo moral categórico.

El “ideal del yo femenino” coincide además con los atributos requeridos para el desempeño eficiente de dicho rol: amor, docilidad, comprensión, generosidad, altruismo, postergación y entrega afectiva son sus condiciones específicas. La mitad de la vida admite una crisis biográfica. Por un lado, porque la sociedad actual no valoriza la mujer en climaterio. Por otro, porque habituada a ser requerida, se desorienta –en algunos casos– ante la independencia de sus hijos.

Por otra parte, en algunas personas surgen fantasías y ansiedades específicas. Pueden estar referidas a la salud y al propio cuerpo: son fantasías hipocondríacas que abarcan toda clase de preocupaciones y temores a enfermedades. Pueden, también, estar vinculadas con una inquietud económica, o bien a fantasías que se relacionan con el temor a perder el status social o el prestigio alcanzado. El origen de algunas de estas fantasías está

conectado con la subjetividad (quién soy y quién voy siendo) y el profundo temor al cambio. En otras palabras, es la dificultad de la elaboración del duelo por el *self* (sí mismo) que afecta a esta edad lo que debe ser asumido. En el caso de la mujer, estos deseos, que antes habrían sido desplegados en el ejercicio de sus roles de género como madres, esposas, amas de casas o profesionales, requieren nuevos destinos para su despliegue en la mediana edad. (56)

Burin (4) señala que no hace tanto tiempo que se estudia el desarrollo en la vida adulta, pues se consideraba que ésta acababa en la adolescencia o la juventud, época en la que se alcanzaba la cima del ciclo evolutivo. Cuando se quisieron poner en evidencia los cambios de la vida adulta, se intentó explicarlos a través de un modelo universal según el cual el sujeto mantiene un nivel de desarrollo hasta poco después de los 30 años y, a partir de ahí, se iniciaría un deterioro lento e irreversible. Con esto se pretendió reforzar las ideas tradicionales sobre el proceso evolutivo, suponiendo que para la adultez sólo podría hablarse de estabilidad primero y de deterioro después, pero en ningún caso de verdadero desarrollo. Algunos estudios (4) realizados con adultos afirmaron que estos podían declinar sus capacidades intelectuales a partir de los 30 años, tal como sucedió con los grupos estudiados en los años '40; no obstante se trataba de personas con pobre escolarización y de bajo nivel profesional. De modo que esto permite suponer que con generaciones mejor escolarizadas y con niveles elevados de profesionalización, sus experiencias como adultos se enriquecen en lugar de detenerse. Esta presunción se afirma en que los cambios evolutivos y generacionales dependen de factores histórico-sociales que varían de acuerdo con las épocas y los lugares geográficos.

Asimismo, Burin sostiene que no todas las estructuras de las conductas cambian en el mismo ritmo, ni en la misma dirección. Mientras algunos aspectos de la conducta tienden a declinar a partir de cierta edad, otros pueden seguir ascendiendo hasta edades muy avanzadas. (4)

Las diferencias interindividuales entre los sujetos son más claras y acentuadas en la edad adulta, gracias a que en este período la influencia de los acontecimientos sociales es mayor que en la niñez y la adolescencia. Más adelante –en la juventud–, la mayoría de los sujetos están sometidos a cambios biológicos y sociales similares. En la adultez media y tardía los sujetos tienden a elegir espacios más diferenciados. En relación a estas explicaciones, algunos autores [Burín y Meler (3), (4), Rodríguez (5)] no concuerdan con las hipótesis explicativas totalizadoras, universales. En cambio, insisten en reconocer que

las transformaciones en la vida adulta son multidireccionales y están multicausadas. Además, coinciden en señalar que en la vida adulta los factores más determinantes de los cambios se deben a las circunstancias generales que afectaron a cada corte generacional. Asimismo, son significativos los factores biológicos, tales como la menopausia en las mujeres o el descenso de nivel de testosterona en los hombres, dentro de un contexto de significación social.

Sucintamente, se hace referencia a los criterios que marcan la vida adulta de un sujeto: un primer criterio es la edad cronológica, que conlleva madurez biofisiológica, con cambios relacionados en la posición social y la asunción de nuevos roles sociales.

En la adultez, de los treinta a los cuarenta años, es la época en la que se exige una cierta redefinición de los roles de género y de la identidad de género. Esto está dado porque en el período anterior los sujetos suelen estar predominantemente dentro del sistema educativo, y antes de formar sus propias familias los roles de género no suelen estar tan tipificados. Pero con el acceso al mercado de trabajo, la formación de una pareja y el nacimiento del primer hijo, los roles de género se tipifican más. Así, las diferencias de género en esa situación son más evidentes; sobre todo porque las mujeres –a veces– tienen menos oportunidades para encontrar trabajo y habitualmente están menos retribuidas que los varones. (4)

Tal como señala Burin (4), algunos autores afirman que es en el período de la adultez temprana cuando se hacen evidentes no sólo las diferencias sino también las desigualdades entre hombres y mujeres.

Con respecto al segundo período de la edad adulta (entre los 40 y 50 años aproximadamente), la mayoría de los investigadores destacan que ésta es la etapa de logros profesionales o sociales. (4)

Algunos autores sostienen que después de este período de la mediana edad, los roles de género tienden a flexibilizarse. Los hombres tratan de dar nuevos significados a las expectativas sociales o laborales que anteriormente recaían sobre ellos y las mujeres buscan nuevos sentidos a los interrogantes sobre su feminidad, antes basada primordialmente en los roles maternal y doméstico. (4)

Cuando el sujeto siente que ha llegado a la mitad de la vida, evidencia que ha dejado de crecer, y por tanto ha comenzado a envejecer. Además, tiene que afrontar un conjunto de circunstancias externas nuevas. Entonces ha vivido la primera fase de la vida adulta; ha establecido su familia y su ocupación (o debiera haberlas establecido). Sus padres han

envejecido o muerto y sus hijos están en el umbral de la adultez. La niñez y la juventud pasaron y debe realizar el duelo por ellas; el logro de la adultez madura e independiente se presenta como la principal tarea psicológica. La paradoja consiste en que se entra en la etapa de plenitud, aunque la muerte aguarde. Este enfrentamiento con la realidad y lo inevitable de la propia muerte es el rasgo central y crucial de la fase de la mitad de la vida; es lo que determina la naturaleza crítica de este período. En lugar de concebirse la muerte como una idea general, o un acontecimiento experimentado en términos de la pérdida de algún ser, se convierte en un problema personal: la eventualidad real y actual de la propia muerte. (56)

Asimismo, una actitud frecuente ante la pérdida de un ser allegado es reaccionar como frente a una advertencia para cuidar la propia vida: entonces aparecen decisiones de mejorar, permitirse mayores gratificaciones, no postergarse. Se busca estar preparado y disfrutar más la vida, lo cual implica, hasta cierto punto, una representación mayor de la eventualidad de la muerte. Además, se enfrenta con un verdadero duelo aquellas cosas que ya no se volverán a tener. Es el duelo por diferentes pérdidas: por los años de juventud que quedaron atrás y no se recuperarán, por las posibilidades frustradas, por todo lo ambicionado y no alcanzado en el tiempo perdido. (56)

Ese sentimiento depresivo a veces no es tolerado; se busca, por el contrario, la actividad maníaca, el placer y el éxito fácil. Los intentos compulsivos por permanecer jóvenes, en muchos hombres y mujeres, son frecuentes. Surgen las distintas estrategias y las técnicas engañosas como tentativas de correr una carrera contra el tiempo. Nunca se puede analizar ni valorar un hecho aislado sino que debe ser enfocado dentro de su contexto global. Pero cuando estas actitudes son sintomáticas de una defensa maníaca, además del empobrecimiento de la vida emocional que implica, producen un verdadero deterioro del carácter y del sentimiento de identidad. En cambio, la solución saludable sería poder elaborar esta vivencia depresiva sin tener que recurrir a los mecanismos maníacos o a cualquier otro tipo de defensa extrema. Se trata de utilizar la propia capacidad y la confianza en uno mismo para mitigar los impulsos destructivos; para reparar las cosas que sienten dañadas y contrarrestar los temores de muerte con los deseos de vivir. Renace la esperanza a través de la sensación profunda de que los tormentos del duelo, la culpa y la persecución podrán ser tolerados y superados si se enfrentan con una reparación auténtica. La normalidad se establece sobre las pautas de adaptación al medio, que no significa sometimiento al mismo. (56)

En esta etapa evolutiva, tanto varones como mujeres suelen entrar en un ámbito en el cual reinan, según los casos, la desorientación, la desconfianza, la desesperación (57). Esta crisis vital es similar a la que ocurre en la adolescencia; se diferencia de otras crisis por la ingerencia que en ella tiene lo biológico, especialmente lo hormonal. Es decir, en el nivel corporal se altera la homeostasis biológica, en el plano psicológico se reconstruye la subjetividad y en el nivel sociológico debe re-situarse en un espacio y tiempo personal.

En definitiva, es una etapa donde la aceptación, el acompañamiento y protagonismo de los cambios biopsicosociales serán esenciales en la construcción de la subjetividad de cada sexo.

3.3. Subjetividad femenina

En palabras de Burin (4), se puede definir la subjetividad en un sentido constructivista, como “quien voy siendo”. La femineidad es una manera de sentir, de actuar, de pensar en un momento socio-histórico determinado. La femineidad marca una actitud frente a la vida: por un lado, de fuerza; por otro de vulnerabilidad. Cuando una mujer está instalada en posición femenina, irradia elementos de atractivo para la vida: es un ser que da, se entrega, acepta.

Podríamos preguntarnos qué siente una mujer en la mitad de la vida. Burin (4) considera que la edad media de la vida comprende un amplio período de la existencia humana, que no está diseñado por hechos limítrofes clave en su comienzo ni en su declinación. Globalmente, puede considerarse que se inicia alrededor de los 35 y dura hasta alrededor de los 55 años. En particular, las mujeres ponen en crisis el sistema de identificaciones con el cual habían configurado hasta ese momento su subjetividad. Hay que destacar cómo en la cultura patriarcal, el sistema de identificaciones predominante para las mujeres organiza su femineidad alrededor de la fertilidad y la maternidad.

La autora también hace referencia a la pérdida que sufren las mujeres de mediana edad. Se pueden concentrar los procesos de duelo por las pérdidas siguientes: a) del cuerpo juvenil; b) de los padres juveniles, c) de los deseos e ideales juveniles.

a) En el duelo por la pérdida del cuerpo juvenil, las mujeres de mediana edad se enfrentan con un cambio en su esquema e imagen corporal.

Luego, las representaciones sociales acerca del cuerpo femenino, con su acento puesto en la belleza y la capacidad reproductora, construyen en la subjetividad femenina la necesidad de otorgar nuevos sentidos a su cuerpo en transición. b) En el duelo por la

pérdida de los padres juveniles, las mujeres de mediana edad se encuentran con la realidad del envejecimiento, quizás la enfermedad y hasta la posibilidad de la muerte de uno o ambos padres. En consecuencia, implica registrar los padres de la infancia o de la adolescencia con quienes se padecieron conflictos no siempre sencillos de resolver, y que se resignifican en este período de la vida. c) En relación al duelo por la pérdida de los deseos y los ideales juveniles, algunas mujeres gestan deseos e ideales orientados a la construcción de una pareja y una familia. Además, crean ideales destinados al desarrollo personal, intelectual, económico, artístico, etc., para desplegar en otros ámbitos más allá del contexto familiar y doméstico. Algunas mujeres de mediana edad intentan recuperar y concretar deseos e ideales que en su adolescencia o juventud fueron significativos y quedaron postergados al llegar a la adultez. (4)

En cambio, tal como señala la autora citada, otros estudios destacan que habría una dinámica de transición desde la mediana edad hacia la vejez y ponen énfasis en los procesos de adaptación. Burin afirma que las normas y las expectativas sociales relacionadas con la edad operan como sistemas de control social, con incentivos y frenos sobre las conductas y que los sujetos tenderían a percibirse a sí mismos y a determinar su nivel de satisfacción vital de acuerdo con tales expectativas. (4)

Gamba y otros (14) hacen referencia a la significación que tiene la sangre de la menstruación para las mujeres, cuando está presente, y a la añoranza, cuando falta. La ignorancia, la falta de información y formación aumentan la vulnerabilidad y confusión tanto cuando comienzan a sangrar, como cuando la sangre no aparece. Se asocia la sangre con la juventud y su pérdida, a la vejez.

Si bien la menopausia es un marcador biológico que señala la pérdida de la fecundidad y nada más que eso, socialmente tiene connotaciones peyorativas. Se le atribuyen múltiples causas que tienen que ver con mitos populares. Verbigracia de esto: ideas arcaicas de que la menstruación purificaba el organismo. Se temía a los efectos negativos de la amenorrea; la sangre podía subirse a la cabeza produciendo locura. La melancolía involutiva, considerada una enfermedad mental crónica, formaba parte del mito de la inestabilidad mental de las mujeres en período de menopausia y fue suprimida de las enfermedades mentales recién a mitad del siglo XX.

Alizade (21) hace mención a la relación natural, constante y periódica de la mujer y la sangre: las menstruaciones, la desfloración, el parto. La primera relación con su sangre (pubertad) marca profundamente el cuerpo y el alma de la mujer. Un cuerpo que estará

signado por los líquidos (por presencia o ausencia) hasta llegar a la falta total en la menopausia. La sangre cíclica también resulta conflictiva cuando está por abandonar su función. La mujer tropieza con la amenaza de la retirada definitiva de su menstruación; en ese momento se plantea el duelo por la fertilidad y la juventud. La sangre adquiere su máxima expresión vital. La falta de sangre se vuelve sinónimo de entrada en la vejez, disminución de atractivo sexual, de salud, de belleza.

El imaginario social descalifica la etapa del climaterio. La representación social que se tiene de esa etapa es acerca de la finitud de la vida. No obstante, si a la menopausia se la diferencia claramente de una enfermedad y se la tiene como una etapa evolutiva, las perturbaciones funcionales se minimizan. Gran cantidad de mujeres atraviesan el climaterio sin conflictos. Es decir, aceptan la transformación fisiológica del cuerpo en su tránsito de la vida reproductiva a la no reproductiva, elaborando el duelo de la vida fértil (si para ella la maternidad fue importante) y renaciendo hacia otro ciclo vital.

En la etapa del climaterio se produce una des-maternización cuando se desligan las cargas psíquicas, cuando se sueltan amarras con la ocupación-preocupación por sus hijos que en ese momento están generalmente construyendo su propio hogar. (39)

Todo lo que sucede a las mujeres en esa época de la vida se atribuye al hecho biológico natural y se desestiman otras experiencias vitales que coexisten en el tiempo y que es significativo tomar en cuenta. Entre los 45 y 60 años, hijos que se van o que se separan y vuelven; maridos que se separan o mueren; los padres que mueren o enferman y se instalan como relevo de los hijos, lo que implica relegar proyectos largamente esperados. Además, en el marco de políticas globalizadas, se descalifica la experiencia acumulada. Un modelo estético que propugna mantener los ideales de juventud a todo costo, constituye en algunas personas una fuente de angustia e inseguridad al llegar a esta etapa de la vida.

En palabras de Fernández (12), los mitos sociales, como conjunto de creencias y anhelos colectivos, ordenan la valoración social que la maternidad/paternidad tiene en un momento determinado de la sociedad. Intervienen participando en la formación del estilo individual del ser y jerarquizan, por ende, su proyecto de determinada manera. Se hace referencia a cierta ideología implícita que pondera unos valores en detrimento de otros: lo permitido y lo no permitido.

Gamba (14) afirma que todas las mujeres (solas, en pareja, homosexuales, heterosexuales, bisexuales, con hijos o sin ellos, cualquiera sea su sector social, cultural, etnia, modos de vida) están o estarán en la etapa del climaterio. Cada una de estas

condiciones específicas atraviesa el episodio biológico, e integradas a las características individuales lo convierten en una experiencia singular, única y absolutamente personal.

Las vivencias del climaterio son atravesadas de diferentes maneras: para algunas es una etapa evolutiva más; para otras, la respuesta ante las frustraciones son las quejas. En otras situaciones, no haber acumulado recursos sino para los otros genera agresividad y hostilidad. El darse cuenta de que no se incluyeron en el proyecto vital, incrementa el sentimiento de haber sido defraudadas. (14).

El construir un proyecto independiente de lo familiar, sostener otros deseos, permite situarse en el mundo de una manera que no resulte amenazante frente a los cambios que nos propone el cuerpo y la prepotencia del discurso.

Asimismo, Gamba et al. (14) agregan que en los últimos años las feministas han empezado a acercarse con interés a la menopausia, al climaterio, reconociendo la etapa como vital. Se han deconstruido y cuestionado algunos temas. Así pues, el pudor de descubrir el empoderamiento de un cuerpo libre del riesgo, la obligación y la exigencia procreativa se ha convertido en la clave que tiende a inscribir en la subjetividad a la menopausia como defecto, falla, falta o testimonio irrefutable e incontrastable de la decadencia.

Fernández (12) sostiene que las mujeres en nuestra cultura ocupan la ecuación “mujer = madre”. Este mito del amor romántico y de la pasividad erótica femenina, delimitado en la dicotomía de lo público y lo privado, ha hecho posible la construcción histórica de una forma de subjetividad propia de las mujeres entre cuyos rasgos se ha mencionado un posicionamiento: “ser de otro” en menoscabo de un “ser de sí”, que vuelve posible su fragilización a través de diversas formas de tutelajes objetivos y subjetivos. Es necesario señalar que esta forma de subjetividad no es algo inherente a un ser femenino, sino que constituye el precipitado histórico de su lugar subordinado en la sociedad.

Las mujeres llegan a la mediana edad con una historia diferente a la de los hombres. Por una parte, han tenido una socialización que enriquece y, por otra, las pone en situación de riesgo al hacerse mayores. (2)

Las autoras citadas hablan de “edadismo”. Se denomina así a la evidencia de que existe un prejuicio cultural hacia las personas que son mayores.

Falicov (58) hace referencia a las premisas tradicionales acerca del desarrollo de la mujer, y menciona: a) la primacía de consagrarse a otros. b) La mujer es inferior al hombre.

c) La mujer es asexual. d) La mujer como madre total. e) Diferenciación rígida de los sexos en todos los roles

Si bien no es sencillo localizar los orígenes histórico-sociales de estas premisas sobre el desarrollo de la mujer y las familias, existe una recurrencia constante y precisa de algunos temas. En primer lugar, el foco de estas ideas en torno al desarrollo de la mujer no recae sobre ésta, sino sobre sus funciones de dispensadora de crianza, cuidados y ayuda en relación con los varones e hijos. En segundo lugar, describen su naturaleza en términos comparativos en relación con los varones.

3.4. Subjetividad masculina

De modo similar a lo que ocurre con la feminidad, se encuentran distintas posturas entre los autores que han intentado precisar el concepto de *masculinidad*.

Meler (20) manifiesta que “el sistema de género puede considerarse como un dispositivo social que interviene de forma definitoria en la constitución temprana de la subjetividad”. Por su parte, Badinter (9) afirma que: “No hay una masculinidad universal sino múltiples masculinidades, tal como existen múltiples femineidades”. Las polaridades no benefician, pues disipan la complejidad de lo real.

Los agrupamientos sociales han elaborado medidas que establecen desempeños de género sobre la base de los indicadores que provienen de la diferencia sexual anatómica.

Si bien en la actualidad se atraviesa un proceso de progresiva disminución de la polaridad entre los géneros, esta subjetivación diferenciada fue exacerbada a lo largo de la historia por la mayor parte de las sociedades conocidas. (20)

En ese sentido, Meler (20) hace referencia al estudio de algunos antropólogos para explicar en qué consiste la masculinidad y por consiguiente cómo ha sido cultivada. La antropóloga feminista Peggy Reeves Sanday, por su parte, realizó un estudio comparativo etnográfico con 150 sociedades y observó que cuando las condiciones ambientales son adversas, el dominio masculino aumenta. Ambos autores concuerdan en que los hombres son considerados como el sexo prescindible, en términos de la estrategia sociocultural elaborada para la supervivencia del grupo. En esto coincide también Claude Meillassoux, antropóloga marxista, quien argumenta que la subordinación femenina es la necesidad de los grupos sociales primitivos de confirmar un número suficiente de vientres como para asegurar la reproducción generacional, cuestión vital para las pequeñas economías de subsistencia. (20) A saber, David Gilmore (19), antropólogo norteamericano, considera que

la estereotipia de roles de género y la masculinidad en particular forman parte de las estrategias de supervivencia de los grupos humanos.

Otros autores, como Michel Foucault, destacan las relaciones de poder y la dominación masculina. Asimismo, Maurice Godelier, quien estudia la estratificación social, considera que la primera división jerárquica se ha dado entre varones y mujeres. (20)

Badinter (9) considera que la masculinidad es la ideología social que legitima la dominación masculina. Además, afirma que los varones a lo largo del crecimiento experimentan más trastornos de conducta y aprendizaje. En la adolescencia son las principales víctimas de accidentes y luego los sacrificados en las guerras. Asimismo, la autora caracteriza a los cuerpos masculinos como poderosos y frágiles, mientras que a los cuerpos femeninos como débiles y resistentes. No obstante, propone para la construcción de la subjetividad una disminución de polaridad de roles, así como favorecer la integración de los aspectos psíquicos asignados al otro género. Para que ocurra la integración es necesario que se incorpore la identificación con el semejante, así como también el contraste con el diferente.

Badinter afirma asimismo que sobresalen varios criterios acerca de la masculinidad. Por un lado, se rechaza la idea de una masculinidad única, hegemónica: esto implica que no existe un modelo masculino universal, válido para cualquier lugar y época, sino diversidad de masculinidades. Por otro lado, la masculinidad es una ideología que tiende a justificar la dominación: no es la esencia en sí misma. Ahora bien, la masculinidad se aprende, se construye y, en consecuencia, se puede cambiar.

Burin (4) manifiesta que el debate en la actualidad se registra en la crisis de las representaciones sociales sobre la masculinidad afirmada en la dominación masculina. Entra la construcción de la identidad a partir de una relación positiva de inclusión (identificarnos o parecernos a otros) y una relación negativa de exclusión (ser distintos de los otros). Casi todos los estudios indican que el niño estaría más propenso a marcar diferencias durante la mayor parte de su vida, alejándose del lugar de origen, su madre.

Como dijimos, varios autores coinciden acerca de que la identidad masculina es objeto en la mayoría de los casos de una minuciosa construcción. Los varones, nacidos de mujeres y luego cuidados por mujeres en sus primeros años, suelen basarse en el repudio de las identificaciones femeninas para masculinizarse. (59)

Asimismo, Badinter (9) manifiesta que el “hombre debe hacerse”. La identidad masculina se construye por oposición, por un proceso de diferenciación de lo femenino, lo

cual hace que se pueda entender a la masculinidad como una reacción, más que como resultado de un proceso de identificación.

El vínculo primario madre-hijo, en contexto de la sociedad industrial y patriarcal, se vuelve excluyente si se considera que la mayoría de los autores se detienen a analizar casi exclusivamente las características del vínculo materno-filial, e ignoran casi por completo la figura del padre, a quien le adjudican un rol regulador en momentos posteriores del desarrollo evolutivo del niño.

Dado que el vínculo primario del varón es con una mujer (su madre o sustituto mujer, generalmente), el proceso psicológico según el cual se construye la identidad masculina gira alrededor del eje de separación-diferenciación. Luego, para “llegar a ser” varón se realiza un largo trabajo de represión de las identificaciones femeninas iniciales y se pugna por demostrar al mundo androcéntrico y homofóbico que el varón no se parece a una mujer ni a un homosexual.

Bonino (60) expresa que desde la temprana infancia se aprende que “un verdadero hombre tiene que mostrarse seguro de sí mismo, competitivo, ganador”. Se naturaliza que ese condicionamiento tiene prohibiciones para un varón: no fracasar, no mostrarse débil, temeroso o inseguro. Ese modelo de masculinidad ha sido transmitido de generación en generación y pocas veces se somete a reflexión.

El autor antes citado manifiesta que la subjetividad masculina tradicional se construye sobre la base de dos premisas psicológicas simultáneas y complementarias: el hiperdesarrollo del yo exterior (hacer, lograr, actuar) y la represión de la esfera emocional (no sentir). El varón –para preservar su identidad y lograr el equilibrio entre esos procesos– necesita ejercer un gran autocontrol para regular la exteriorización de sentimientos tales como el dolor, la tristeza, el placer, el temor o el amor.

Bleichmar (18) expresa que “la sexualidad masculina es un dado por sentado. Se puede explorar su evolución y destinos, pero no su constitución”.

Los estudios feministas revelaron cómo la cultura patriarcal situaba a los hombres en lugares sociales de privilegio. Es decir, posicionaban la diferencia sexual masculina en un lugar de poder, otorgando una jerarquía indiscutible. Les atribuían características de superioridad respecto a las mujeres, tales como ser más fuertes, más inteligentes, más valientes, más responsables socialmente, más creativos en la cultura y más racionales.

Badinter (9) afirma que se destacan varios criterios acerca de la masculinidad. Por un lado, como ya se anticipó, no existe una masculinidad única, hegemónica. En

consecuencia, existe una diversidad de masculinidades válidas para cualquier época y lugar. Por otro, la masculinidad no es una esencia, sino una ideología que justifica la dominación masculina. Además, afirma la autora que la masculinidad se aprende, se construye y se puede cambiar. Si bien todos los sujetos construimos nuestra identidad a partir de una relación positiva de inclusión (identificarnos o parecernos a otros) y una relación negativa de exclusión (ser distinto de los otros), casi todos los estudios indican que el niño estaría más propenso a marcar diferencias durante la mayor parte de la vida, alejándose del lugar de origen, su madre. Su subjetividad se construirá oponiéndose a su madre, a su feminidad, a su condición de bebé pasivo. Para hacer valer su identidad masculina, deberá afianzarse en tres pilares: que no es una mujer, que no es un bebé y que no es un homosexual. Sobre esta base, son varios los autores que, según Burin (3), hacen referencia a cuatro imperativos de la masculinidad bajo la forma de consignas populares.

Estos autores (3) coinciden en que la subjetividad masculina se construye sobre cuatro ideales sociales tradicionales. El primer pilar supone la hipótesis de que “la masculinidad se produce por desidentificación con lo femenino. Y el ideal de masculinidad será no tener nada de femenino”. El segundo pilar afirma la hipótesis de que “la masculinidad se da por identificación con el padre y construye un ideal sobre la base de ser una persona importante”. El tercer pilar enuncia la siguiente hipótesis: “la masculinidad se afirma en los rasgos de dureza y de ser poco sensible al sufrimiento, en particular, se construye sobre la base de la violencia”. El cuarto y último pilar supone la hipótesis de que “la masculinidad se construye sobre la base de la lucha contra el padre y construye la formulación de su ideal como ser un hombre duro”. Además, se ha descrito un nuevo ideal de género masculino: ser sensible y empático.

Según cuáles sean los pilares sobre los que se afirma la masculinidad, se podrá inferir el tipo de trastorno subjetivo predominante.

En la construcción de la subjetividad, los varones se enfrentan a la exigencia de un plus de represión de los deseos pasivos. La masculinidad se va construyendo desde los comienzos de la vida psíquica, se fortalece con el paso del tiempo y alcanza su cumbre en la adolescencia. Algunos estudios sobre la adolescencia de Aberastury y Knobel (61) describen esa etapa como un período de duelo. Es decir, en ese tiempo varones y mujeres tienen que renunciar a su fantasía de bisexualidad y hacer una elección de su identidad sexual. Esto es un efecto del fenómeno clásico de los procesos de duelo que consiste en identificarse con aquello que se pierde y es una de las razones por las cuales, pasadas las

fases iniciales de la pubertad y de tal proceso de duelo, mujeres y varones se identifican casi definitivamente con los rasgos propios de lo que (se supone) corresponde a su propio género.

Burin (3), asimismo, menciona que los hombres de mediana edad seguramente recuerden que no tuvieron en sus padres a seres próximos afectivamente: ser mimados, abrazados. En cambio, sí pueden tener presente cómo se los castigaba, o cómo se burlaban de ellos cuando no tenían conductas suficientemente masculinas. Este tipo de ejercicio de la paternidad proyectó en ellos un modelo de identificación más distante, o bien encontraron en la ficción literaria, cinematográfica o televisiva otro tipo de identificación. Como resultado de estos procesos, por un lado, estos varones se encuentran como “mutilados” de una parte femenina, dando lugar al hombre “duro”, que no puede reconciliarse con los valores maternos. Por otro, los hombres quedan “huérfanos de padre”, situación que les resulta difícil asimilar.

El modelo de imagen masculino tradicional ha sido transmitido de generación en generación y excepcionalmente se reflexiona sobre ello.

La conclusión de Gilmore (19) en sus estudios antropológicos sobre cómo la gente de diferentes culturas concibe y experimenta la masculinidad, es que “la virilidad es un guión simbólico, una construcción cultural, con un sinfín de variantes y no siempre necesario”.

Asimismo, argumenta que la regularidad que interesa es la forma en que las culturas elaboran una representación de la masculinidad apropiada. Vale la pena decir que la verdadera virilidad es distinta de la simple masculinidad anatómica. No es una condición natural que se produce espontáneamente por una maduración biológica; es un estado precario o artificial que los varones deben conquistar.

Bleichmar (18) hace referencia a la “iniciación” de esta construcción de “hacerse hombres” en diversas culturas con ciertos rituales (por ejemplo, en la cultura judía, el Bar Mitzvah, ahora extendido también a las mujeres). O formas no ritualizadas, como procesos de convalidación (la iniciación en la sexualidad). Es decir, constituye sus rasgos identitarios: ser varón equivale a ser fuerte, arrojado, leal en cierta época, o a ser “potente, rico, hábil, exitoso”.

Varios autores coinciden en que el modelo masculino tradicional se apoya en dos elementos esenciales que configuran un perfil psicológico. Por un lado, la restricción emocional. Por otro, la obsesión por logros y éxitos.

Estas dos características básicas se traducen en un estilo de relación con el mundo, que Bonino (60) describe:

- Conducta afectiva y sexual restringida.
- Actitudes basadas en modelos de control, poder y competencia.
- Dificultades para el cuidado de la salud: no perciben signos de alarma corporal.
- Postergación del afrontamiento del malestar.
- Retardo de cualquier pedido de ayuda o consulta.
- Negación del rol de enfermo, porque supone para ellos pasividad.
- Reticencia a las maniobras e indicaciones médicas (extracción de sangre, ingestión de medicamentos, consejos, etc.).
- Abandono precoz y frecuente de los tratamientos.
- Relación con los profesionales: por un lado, con los varones, de estilo confrontativo o de sometimiento; por otro, con las mujeres, de estilo desautorizante, lo que dificulta el buen desarrollo de la consulta.
- Interacción episódica con el sistema sanitario o con quienes pueden ayudar. En particular, llegan cuando el problema está avanzado.

Además, algunos varones afrontan de modo disfuncional la interacción con las personas allegadas. A saber:

- Depositán en las mujeres la responsabilidad del cuidado de su propia salud y la resolución de lo emocional.
- Tienden a minimizar el daño que provocan con sus comportamientos.
- Si enferman otros integrantes de la familia —especialmente las parejas—, suelen alejarse y/o mostrar su discapacidad para el cuidado.

Alizade y otros (59) describen características de áreas de la masculinidad en la cultura general: a) Física: viril, atlético, fuerte, valiente. Sin preocupaciones sobre la apariencia o el envejecimiento. b) Funcional: se gana el pan, proveedor para la familia. c) Sexual: sexualmente agresivo, experimentado. d) Emocional: insensible, no llora. e) Intelectual: lógico, práctico, racional, objetivo. f) Interpersonal: líder, dominante, imparte disciplina, independiente, libre, individualista. g) Otras características personales: encaminado al éxito, ambicioso, agresivo, orgulloso, egoísta, moral, confiable, decidido, competitivo, inhibido, aventurero.

En el marco de una sociedad patriarcal, el varón se ve impulsado a construir su identidad por la negativa, evitando todo lo que es culturalmente definido como “femenino”. A partir de ese temor, se pueden rastrear algunos mitos que dan sustento a la construcción de la subjetividad masculina:

- La masculinidad es la manera más valorada de la identidad genérica.
- Poder, dominación, competencia y control son esenciales para demostrar masculinidad.
- La vulnerabilidad, sentimientos y emociones deben ser evitados porque son signos de femineidad.
- El autocontrol y el control sobre otros es esencial para sentirse seguros.
- Un varón que pide ayuda o trata de apoyarse en otros muestra signos de debilidad.
- El pensamiento racional y lógico del hombre es la forma de enfocar cualquier problema.
- Toda relación interpersonal que se base en emociones, sentimientos e intuiciones debe ser evitada.
- La sensualidad y ternura son consideradas femeninas y deben ser evitadas; la sexualidad es el principal medio para probar la masculinidad.
- El éxito masculino en el trabajo y la profesión son signos de masculinidad.
- La autoestima se apoya en los logros y el éxito.
- La intimidad con otros hombres debe ser evitada, porque puede implicar afeminamiento y homosexualidad.

Este modelo está cuestionado y tiene grandes desventajas para la salud. Las estadísticas muestran que los varones tienen menos expectativas de vida en relación a las mujeres y estas cifras probablemente no estén asociadas a factores hormonales sino a características del desempeño del rol masculino tradicional. (60)

Gilmore (19) agrega que la agresividad y la competitividad llevan a los varones a involucrarse en situaciones de riesgo, a veces con situaciones invalidantes. La inexpresividad emocional contribuye a generar trastornos psicosomáticos y otros problemas de salud. Es un hecho comprobado que la represión de determinadas emociones se encuentra asociada a cuadros psicosomáticos. Asumir los roles tradicionales de “sostén y jefe de hogar” genera un grado de exigencia.

Meler (3), por su parte, afirma que los cuerpos masculinos son más frágiles que los femeninos. Más proclives a trastornos genéticos, más dependientes de la provisión hormonal durante la gestación para obtener la masculinidad, sufren más trastornos de conducta o aprendizaje y tienen menor expectativa de vida.

La masculinidad se construye socialmente alrededor de un eje básico: la cuestión de poder. Burín (3) manifiesta que, en el caso de los varones, el mandato social de adscripción al género los lleva a modos de socialización tempranos y a recursos de identificación, modos de construcción de la subjetividad que los aleja de la intimidad propia, de sus cuerpos, como también se distancian de ciertos deseos. Además, les impide manifestar y percibir afectos como el miedo, la tristeza, el dolor, con la correspondencia y potencial factor de riesgo para su salud física y mental.

Varios autores sostienen que la construcción social acerca de la masculinidad se relaciona con un principio hegemónico y la sobrevaloración de los órganos genitales. Badinter (9) sostiene que las hipótesis de Freud y Lacan han aportado de distintas maneras las garantías teóricas necesarias para afirmar la superioridad y unicidad del órgano masculino (sea o no tratado como símbolo).

La masculinidad, por lo tanto, está social e históricamente construida. Esto ayuda a pensar que no hay un solo modelo al que los hombres se tengan que ajustar. Así pues, se puede asumir que la masculinidad no es algo natural. (4)

3.5. Subjetividad. Construcción del esquema e imagen corporal

La expresión *esquema corporal* pertenece a Head (56), que describió el modelo postural del cuerpo y lo definió como “la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo”. Es decir que la noción de esquema corporal comprende no sólo la experiencia kinestésica y de las estructuras posturales sino también la relación espacial y temporal.

Gamba y otros (14) manifiestan que el cuerpo de las mujeres es más complejo que el de los varones; su función gestadora, se vincula simbólicamente con la creación, la esperanza, la naturaleza, la espera. El de los varones, con lo invasivo, la ‘lanza de guerrero’.

La construcción biológica de la mujer es de naturaleza diferenciada por los ciclos vitales y, por consiguiente, esto tiene gravitación en la subjetividad. Es decir, el cuerpo de las mujeres es cíclico. Asimismo, los ciclos vitales establecen marcas en el cuerpo. En particular, los cambios en el esquema corporal: aumento, pérdida de peso, retención de

líquidos, cambio en las hormonas y en el metabolismo traen aparejado un cambio en la imagen corporal. Concretamente, estos cambios configuran huellas en la subjetividad de las mujeres, adheridas a representaciones sociales compartidas.

Cuando niñas se espera la menarca, con lo que ello implica: miedos, ansiedades y vergüenzas. Las mujeres, alrededor de dos terceras partes de la vida, esperan cada mes la menstruación con la misma ansiedad, con cambios hormonales y corporales, muchas veces con trastornos diversos y con incertidumbre. Además, también durante el embarazo se suceden meses de espera. La otra espera es la llegada de la menopausia, cargada de mayores temores, de ocultamientos, de vergüenzas, de vacíos y de pérdida de posibilidad de gestar. Además, en algunas mujeres aparecen las fantasías de muerte (5). Si bien en los varones estos cambios son sutiles, Diamond (37) afirma que “después de la pubertad, los niveles de testosterona se mantienen relativamente estables en los varones hasta la mediana edad que es cuando empieza a descender”.

Los ciclos naturales (menstruación, embarazo, parto, lactancia, menopausia) se culturalizan y, a veces, se transforman en objetos de medicalización y dependencia. Asimismo, los ciclos portan significados que los completan. En el cuerpo de las mujeres, la creatividad está registrada en el acto de dar vida. Por su naturaleza y por formación atávica, están habilitadas para la maternidad, para cimentar afectos, mantener la continuidad de la vida. (65)

Los ciclos vitales de las mujeres suelen dar lugar a comentarios desvalorizantes (“está loca, está menstruando; está loca, está menopáusica”). Si bien los varones sufren un deterioro en su imagen corporal (aumento de peso, pérdida de cabello, etc.), ello no tiene en lo social connotaciones negativas.

En relación a lo anterior, Gamba y otros (14) expresan que “el cuerpo biológico constituye el material sobre el cual actúan la subjetividad y el discurso, la cultura y la conciencia”.

En conclusión, si bien el cuerpo no se puede concebir fuera del discurso, de un orden significativo o de la cultura, tampoco se puede reducir a ellos.

Varios autores han investigado el tema del esquema corporal, en razón de su gravitación en la adolescencia y en el climaterio. Se exponen aquí distintas teorías que abordan el tema del esquema corporal considerando la significación que éste adquiere en el proceso de la identidad. Es un estudio parcial, porque abarca una parte limitada de distintos

marcos teóricos desde la infancia, pasando por la adolescencia, para llegar a la etapa que nos ocupa: el climaterio.

En ambas etapas se producen cambios corporales y psicológicos, que llevan a replantearse al adolescente y a la persona en climaterio un nuevo modo de relación con el mundo. Es decir que, parafraseando a Freud (62), donde era cuerpo adviene el yo; donde estaba el autoerotismo ocurre un nuevo acto psíquico que funda el narcisismo. “El propio cuerpo, y, sobre todo, la superficie del mismo, es un lugar del cual pueden partir simultáneamente percepciones, externas e internas. [...] El yo es, ante todo, un ser corpóreo, y no sólo un ser superficial, sino incluso la proyección de una superficie.” (62)

Freud (63), en su obra “El malestar en la cultura”, continúa sobre el tema y afirma “Jamás llegaremos a dominar completamente la Naturaleza; nuestro organismo, que forma parte de ella, siempre será perecedero y limitado en su capacidad de adaptación y rendimiento.”

El autor reconoce en la persona una dualidad de pulsiones: la pulsión de vida y la pulsión de muerte. Destaca la intensidad de la energía libidinal del cuerpo y descubre en él la fuente de sufrimiento, en tanto destinatario de la decadencia.

El primer vínculo con el mundo externo se establece a través de las necesidades corporales. En el transcurso de la vida, el sujeto se enfrenta con situaciones de cambio que reactivan ansiedades iniciales. El niño tiene un cuerpo y una historia: al llegar a la pubertad experimenta el crecimiento de su organismo y sus estados emocionales ambivalentes que reactiva en el climaterio. La autopercepción, la percepción interna, el percepto del cuerpo, hacen referencia al concepto de esquema corporal: es decir, modelo perceptivo del cuerpo como configuración espacial, temporal. Esto es lo que permite al sujeto diseñar los contornos de su cuerpo, la distribución de sus miembros, de sus órganos y localizar los estímulos que se aplican, así como las reacciones con que él mismo responde.

Françoise Dolto (64) expresa:

El esquema corporal es una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico. Nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o indelebles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales, circulatorias, todavía llamadas cenestésicas.

El esquema corporal es una abstracción de una vivencia del cuerpo tridimensional de la realidad, que se estructura mediante el aprendizaje y la experiencia. Según Dolto (64),

“El esquema corporal especifica al individuo en cuanto a representante de la especie, sean cuales fueren el lugar, la época o las condiciones en que vive.”

En otras palabras, la percepción del cuerpo permite al sujeto distinguirse y diferenciarse del otro, manteniendo las semejanzas propias de la especie, pero acentuando sus diferencias por los rasgos físicos concretos y su historia personal. . Es evolutivo en el tiempo y en el espacio. De modo que el esquema corporal porta la imagen del cuerpo que, gracias a ésta, puede entrar en comunicación con el otro.

Según afirma Peter Blos (66), coincide con Grimberg (56) al manifestar que el esquema corporal forma parte de la representación de sí mismo y para la consolidación de la identidad del individuo resulta esencial la noción del cuerpo. En la medida en que se siente consustanciado con su cuerpo, tendrá también un sentido de su continuidad personal en el tiempo, y de sus relaciones sociales.

Schilder, citado por Bernard (67), expresa sobre el tema: la percepción del cuerpo no existe sin acción. Percepción y respuesta motriz son los polos de la unidad del comportamiento. Asimismo, el autor considera que el conocimiento y la percepción se adquieren en virtud de un proceso activo, en el que interviene la motilidad.

Clifford Scott (56) y Bianchi (68) sostienen que la organización de la idea de “yo” se elabora sobre un basamento físico: nos conocemos como cuerpo.

. Merleau-Ponty (67), asimismo, afirma: “El esquema corporal es en última instancia, una manera de expresar que mi cuerpo está en el mundo”. Además, afirma que las posturas corporales responden a proyectos del sujeto relativos al mundo donde vive. De la estructura anatomofisiológica o morfológica del cuerpo, sólo retiene lo que es valioso para su adaptación al medio. El cuerpo está anclado ante situaciones distintas. Por último, el autor señala: “El cuerpo es eminentemente un espacio expresivo”. (67)

Merleau-Ponty también expresa respecto del espacio del propio cuerpo y la motricidad, que “El contorno de mi cuerpo es una frontera que las relaciones ordinarias de espacio no franquean”. Según el autor, la noción de esquema corporal brinda las modificaciones de las posturas de nuestro cuerpo, para cada movimiento de una de ellas y la posición de cada estímulo local en la globalidad del cuerpo.

El *esquema corpóreo* es un sistema dinámico que se nos revela como postura, en vistas a una cierta tarea actual o posible. Es decir, esquema corpóreo como una experiencia de mi cuerpo en el mundo y que es él quien da un sentido motor a las consignas verbales.

(22)

En síntesis, para Merleau-Ponty, nuestro cuerpo es ese núcleo significativo que se comporta como una función general, que existe y es accesible a la enfermedad. En él aprendemos a conocer este nudo de la esencia y la existencia que volvemos a encontrar, en general, dentro de la percepción.

En otro orden, Ajuriaguerra (69) citado por Bernard, coincide con Chiozza (70) (71) cuando afirma que nos percibimos en una frontera entre una imagen de nosotros mismos y una imagen del mundo. Esa frontera cuyo mapa es lo que denominamos “esquema corporal”. Es el “lugar de encuentro entre percepción y sensación”. Es decir, la percepción construye la representación que tenemos del mundo y la sensación es la autorepresentación. Ambas son posibles gracias a la interacción que constituye los límites sin los cuales no es posible un esquema.

En otro orden, definimos al cuerpo –a partir de las palabras de Rolla (72) y Winocur (73) – como el habitáculo donde transcurrirá nuestra vida terrena. Habitáculo que es una construcción arquitectónica hecha por el propio sujeto bajo influencias externas que, sin duda, comienzan inmediatamente después de que el espermatozoide fecunda el óvulo y se extingue el día en que nos dicen los discursos de despedida.

Aberastury y Knobel (61), por su parte, definen al esquema corporal como “una resultante intrapsíquica de la realidad del sujeto, es decir, la representación mental que el sujeto tiene de su propio cuerpo como consecuencia de sus experiencias en continua evolución”.

Wapner y Werner (74) y Le Boulch (75) exponen desde su óptica las etapas por las que se atraviesa en la estructuración del esquema corporal, las cuales mantienen cierto paralelismo con los estadios enunciados por Piaget al referirse al desarrollo intelectual: etapa del cuerpo vivido, etapa de la discriminación perceptiva, etapa de la representación mental.

En relación con lo anterior coinciden Fisher y Cleveland (77) y Germaine Rossel (76), cuando definen al esquema corporal como el reconocimiento del propio cuerpo y la toma de conciencia de sí mismo teniendo en cuenta los propios límites. De este esquema emanan proyecciones dinámicas de nuestra vida de relaciones, motrices o mentales.

Para Frostig (78), Bucher (79) y Fonseca (80) coinciden cuando manifiestan que el esquema corporal es la percepción global del cuerpo, de su unidad, de su posición en el espacio.

Pichón-Rivière (52) sostiene que el esquema corporal es una estructura flexible que se va enriqueciendo a través del tiempo. Es una imagen que abarca dimensiones temporales y espaciales, operando constantemente en distintos aspectos de nuestra conducta. El cuerpo es el lugar donde se registran las necesidades. Es la fuente de deseos, emociones, sensaciones. En esa sucesión de vínculos, cada uno se aprehende a sí mismo y construye su esquema corporal configurando la vivencia de identidad. Se desarrolla en sucesivas etapas, partiendo desde la vida intrauterina y continuando en la subjetividad. El orden social significa al cuerpo, le confiere un lugar, lo afirma o lo niega, lo estigmatiza, lo reprime, según los distintos ámbitos de la cotidianidad. Como puede deducirse, la experiencia personal del cuerpo está atravesada por la sociedad, en la cual está inmerso el sujeto.

Por su parte, Robert Farr (81) argumenta, al estudiar las representaciones sociales del cuerpo, que la medicina occidental lo considera como objeto físico, en detrimento de lo social. Afirma que Freud mostró cómo la parálisis correspondía a la representación que la paciente tenía de su cuerpo y no a las concepciones fisiológicas. Así pues, afirma que para comprender el síndrome histérico, es necesario integrar la representación social del cuerpo. El autor manifiesta que las “representaciones sociales tienen una doble función: hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible, perceptible”.

De este modo, cada encuentro del individuo con otro será una experiencia de aprendizaje que lo convierte en sujeto de la sociedad. En función de ello, en la vivencia del aprendizaje que se inscribe en la subjetividad, es un encuentro con el mundo externo, con la realidad, una manera de organizar y significar el universo próximo. (82)

Le Bretón (83), refiriéndose al esquema corporal, expresa que es un aprendizaje de las modalidades corporales de la relación del individuo con el mundo. Este esquema prosigue durante toda la vida según las transformaciones sociales y culturales que se imponen, el estilo de vida y los diferentes roles que conviene asumir en el curso de la existencia. Existir significa moverse en un espacio y en un tiempo, transformar el entorno, clasificar y atribuir un valor a los innumerables estímulos del entorno gracias a las percepciones. En definitiva, afirma el autor (83), del cuerpo nacen y se propagan las significaciones que constituyen la base de la existencia individual y colectiva.

Como se puede ver, distintos autores de diferentes marcos teóricos coinciden en la importancia que tiene el reconocimiento del cuerpo. Será la adolescencia una etapa en la que adquiere especial relevancia, que posteriormente se recrea y reconstruye en la etapa del *climaterio*.

Consideramos, a partir de lo anterior, que el esquema corporal es el reconocimiento del propio cuerpo. Por consiguiente, le permite al sujeto mantener las semejanzas propias de la especie, diferenciarse y entrar en relación con los otros a través de la imagen, que es la base para la *construcción de la subjetividad*.

Con relación a la imagen corporal, Dolto (64) expresa: “la imagen del cuerpo, es propia de cada uno: esta ligada al sujeto y a su historia. [...] . Es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales.”

La autora citada agrega que gracias a la imagen del cuerpo portada y atravesada por el esquema corporal puede establecer comunicación con el otro. La comunicación o privación de contacto con el otro se asienta en la imagen del cuerpo, y puede ser valorizante o desvalorizante.

De una manera general, la comprensión de una palabra depende a la vez del esquema corporal de cada uno y de la constitución de su imagen de cuerpo, ligada a los intercambios vivientes que secundaron, para él, la integración y la adquisición de esta misma palabra. La palabra tiene, ciertamente, un sentido simbólico en sí misma, es decir que reúne, más allá del espacio y del tiempo, en una comunicación por el lenguaje hablado, registrado, escrito, a seres humanos que, aun sin experiencia adquirida en común, pueden transmitirse, si se tienen confianza, los frutos con base en el lenguaje adquiridos por ellos en el cruzamiento de su imagen del cuerpo con su esquema corporal. Pero aquel que no tiene, bien sea la imagen del cuerpo, bien sea el esquema corporal correspondiente a la palabra emitida, oye la palabra sin comprenderla, por carecer de la relación corporal (imagen sobre esquema) que permite darle un sentido. (64).

La imagen del cuerpo es el espacio inconsciente donde se elabora toda expresión del sujeto. Es el sitio de emisión y recepción de las emociones entre humanos, fundadas en el lenguaje.

La imagen del cuerpo no es un dato anatómico, sino que es una estructura, que se elabora con la historia misma del sujeto. Dolto (64) entiende por imagen de base a lo que permite experimentarse en una “mismidad de ser”, es decir, una continuidad espacio-temporal. De esta mismidad, de este sentimiento de existir de un ser humano, se amarra el cuerpo a su narcisismo para seguir la continuidad. Es decir, será un cuerpo visible con un nombre.

Por su parte, acuerdan los autores Carlos Sopena (84), Winnocur (73), Wapner y Werner (74) cuando expresan que la formación de la imagen de nuestro cuerpo, diferenciado del otro, es un proceso complejo en el que interactúan varios factores. No basta con la imagen especular y con las investiduras libidinales para tener una relación con el cuerpo propio, que se organiza a partir de representaciones significantes que identifican cuerpo y nombre.

Bianchi (68), Rossel (76), Fisher y Cleveland (77) manifiestan que la imagen corporal es una gestalt en continua transformación por la asociación de elementos cada vez más coordinados y complejos. Los autores sostienen que la imagen corporal sirve frecuentemente como pantalla sobre la que proyecta sus sentimientos, ansiedades y valores.

Frostig (78), asimismo, hace una diferenciación clara: “La imagen corporal de una persona es la experiencia subjetiva de su propio cuerpo, y su sensación con respecto a él”.

En conclusión, la imagen del propio cuerpo se transforma en una dificultad a partir de la pubertad y también en el climaterio, puesto que hay una desadaptación que comienza en lo biológico. El cuerpo se transforma y se ofrece como un interrogante al sujeto púber y más tarde, en la etapa del climaterio. La figura pierde armonía, los movimientos se tornan torpes o bruscos, los cambios de temperaturas, el cansancio, palpitaciones, sudoración, irritabilidad, etc. La preocupación acerca de la belleza o la fealdad es crítica en esa etapa; en la adolescencia se intensifican estos calificativos, pero más todavía en el climaterio.

El lenguaje del cuerpo es manifiesto. En él se registra la historia personal y social de cada sujeto. En el caso de la mujer, es expresivo el peso de las normas, valores y estereotipos referidos a su condición de género que la vinculan a culpas, miedos y le niegan parte de las posibilidades de autonomía y placer.

Gamba et al. (14) acuerdan que el discurso de los cambios corporales es de exclusión, dado que no es una línea directa entre éstos y las secuelas que se les asignan. En otras palabras, se desplazó el eje de los cambios corporales a la eficacia del discurso de la exclusión. Lo que prima para estas autoras es lo que está instalado culturalmente, es decir, la representación social que se tiene de esta etapa de la vida en las mujeres y no así en los varones.

En particular, el cuerpo de la mujer en climaterio, con la declinación de los niveles de estrógenos, tanto por la vía físico química como por la percepción inconsciente, producen impactos de excitación somática. Por otra parte, al comenzar los síntomas en la perimenopausia, aparecen vivencias de incertidumbre y desconcierto frente a los ciclos que

se adelantan o se atrasan, generando fantasías de embarazo o cáncer. Dichas fantasías, saltando al pasado o al futuro, evitan un presente inevitablemente ligado a lo inexorable del paso del tiempo.

Desde lo emocional, la cesación de la menstruación no es un mero hecho biológico. Si bien todas dicen tener conocimiento de ello, que “algún día va a llegar”, su desaparición provoca un impacto emocional que podríamos asimilarlo a un duelo. Marca la ausencia definitiva de la posibilidad de procrear, provocando dolor psíquico, de impacto más agudo en las mujeres que no han tenido hijos o vías sublimatorias sustitutivas. Implica el enfrentarse al tiempo como lineal y a la finitud de la vida.

Hay que hacer notar la complejidad del cuerpo, cuando se considera el dominio de la sensualidad y de la capacidad de sentir. El cuerpo sensual recibe la influencia del lenguaje, de las palabras que otros pronuncian refiriéndose a él. Palabras y gestos que se pronuncian y que condicionan en gran medida la posterior autovaloración en la vida adulta. Una persona, si se siente plena de afectos y recibió incesantes muestras de respeto a lo largo de sus días, se siente dichosa y segura de ser amada y aceptada. El placer sensual no es una resultante simple. El sentir del cuerpo circula entre percepciones, sentimientos, vivencias, afectos e ideas. (21)

La historia individual de cada ser y de la persona elegida para desplegar la sensualidad construirá una suerte de mapa sensual privado, específico para cada situación, y siempre posible de ser modificado. La sensualidad está íntimamente unida a la femineidad: ocupa un espacio central en la vida femenina y abarca la enorme riqueza que se desprende del arte de disfrutar de los sentidos. También se puede expandir en tareas llamadas sublimatorias, cuya apariencia no es sexual. (21)

3.6. Subjetividad y sexualidad

Abadi (48) expresa que la sexualidad humana sólo puede comprenderse dentro del espacio de la cultura. Es decir, se trata de un lenguaje impregnado de significados que se manifiestan en la subjetividad de cada sujeto según las circunstancias de su contexto socio-histórico.

Diversos estudios sobre el tema dan cuenta de una distinción compartida entre la sexualidad femenina y masculina. Hay que hacer notar que mientras los varones pueden disociar el sexo de lo afectivo, por el contrario, a las mujeres les cuesta más. Por un lado, la sexualidad de los varones es simple, mecánica, con un deseo inmediato; hay una posición

arcaica del cazador. Por otro, la sexualidad de las mujeres implica no sólo la dulzura y la ternura; la alejan de la violencia y de la dominación propia de la sexualidad arcaica de los varones. La sexualidad no obedece a la conciencia o a los imperativos morales tal como se lo puede definir en algunas épocas; no obstante, se puede educar a varones y mujeres en igualdad de condiciones: sin lucha de poder. (9)

En ese sentido, Badinter afirma que “Uno es el Otro a condición de que persistan Uno y Otro”. La deconstrucción de la masculinidad no sería factible si no se hace también una deconstrucción de la feminidad tradicional. (9)

En relación a la etapa que nos incumbe, y como ya dijimos, aparece tiempo libre del que antes no disponía, incluso en la mujer que trabaja. Las obligaciones dan paso a las elecciones, las necesidades a los deseos, con su correlato de inquietud. Además, la menopausia reactiva en las mujeres la vivencia de desvalorización, que se agrava cuando la creatividad y la autoestima dependen de la maternidad o de la belleza física. (7)

En estas etapas, los sujetos (varones y mujeres) se enfrentan a la renuncia del amor de los vínculos idealizados y deben conformarse con el afecto de los vínculos reales. Esta transformación genera una disponibilidad y una independencia para reconfigurar los caminos de realización en relación a su historia y a su identidad.

Una particularidad de esta etapa es una creatividad distinta de la impulsividad de la temprana adultez, más calma, más sabia. Si bien requiere una aceptación del tiempo que transcurre, éste se ha capitalizado como experiencia que enriquece. La sexualidad es frecuentemente de mayor placer, libre de los temores de embarazo en el caso de las mujeres.

En el proceso de maduración esta dicotomía es resuelta al cambiar a una concepción de identidad más discriminada y a una idea del mundo vincular constituido por relaciones de interdependencia. Esto requiere relaciones entre personas capaces de disfrutar tanto de la compañía como de la soledad consigo mismo. Recién entonces se descubre el valioso mundo del “hacer con el otro”, verdadera realización sexual madura.

En síntesis, las representaciones tradicionales de lo femenino y lo masculino atraviesan por un proceso de crisis que genera ansiedades en esa etapa evolutiva. Se resignifican conflictos de edades tempranas cuando debe enfrentarse con su propio envejecimiento, dando lugar a la reconstrucción de la subjetividad.

3.7. Subjetividad y climaterio femenino/masculino

Transitar la vida es navegar cambios. Lejos de ser una abstracción, los cambios hacen gozar y sufrir; jamás son inocuos. Pero aceptar no es resignarse. La resignación supone tolerar pasivamente lo que nos toca vivir, someterse como si hubiera que responder a designios sociales prefijados de antemano. Resignarse es renunciar, desde el principio, a encontrar visiones que permitan descubrir formas más soportables o positivas de los momentos que nos resulten adversos. Esa actitud inhibe la búsqueda de estrategias y termina conformando espacios de inmovilidad y futuro sin salida. En cambio, la aceptación implica ejercitar el criterio de realidad. Es la capacidad de observar las cosas como son y comprender que se ha producido una transformación; que dejaron de ser lo que eran o que no se corresponden con lo que se hubiera deseado que fuesen. La aceptación da lugar a comportamientos operativos en la búsqueda de estrategias vitales, ya que supone un reconocimiento, es decir, un volver nuevamente sobre lo conocido para redescubrirlo en su nueva realidad. (2)

La aceptación es una manera de instalarse en la dimensión del presente y del tiempo en movimiento, mientras que la resignación es una forma de sumisión incondicional que anticipa un futuro cristalizado.

Dio Bleichmar (6) expresa que desde hace varios años los estudios epidemiológicos vienen constatando un desequilibrio creciente en la prevalencia de la depresión entre hombres y mujeres. En ese sentido, pone de relieve el papel relevante que desempeñan los factores psicosociales en la causa de una serie de trastornos que afectan en forma diferencial a mujeres y hombres. Las estadísticas muestran una incidencia creciente de la depresión en la población general, y una neta prevalencia para las mujeres.

Para la mujer en particular, la depresión aparece en momentos singulares de su vida y las formas clínicas toman el nombre correspondiente a estos períodos: depresión posparto, de ama de casa, menopausia, síndrome del nido vacío. Los motivos invocados por ellas mismas no parecen tener que ver con circunstancias extraordinarias, fortuitas, contingentes o traumáticas, sino con situaciones corrientes y cotidianas de sus vidas. Estos hallazgos han conducido las investigaciones hacia los factores de carácter psicosocial.

Así, surgen varias teorías psicosociales sobre la depresión. (6) El conjunto de hallazgos científicos contribuye a multiplicar los aportes que demuestran los estudios de diversos ámbitos de las ciencias sociales –educación, psicología, sociología, sexología–,

que tipifican la feminidad y/o masculinidad en términos de dos categorías opuestas: roles emocionales para la feminidad, roles instrumentales para la masculinidad.

La correlación entre los componentes de los roles emocionales y los rasgos que se encuentran en la depresión es muy significativa: dependencia, pasividad, falta de firmeza o asertividad, gran necesidad de apoyo emocional, baja autoestima e indefensión, incompetencia para la acción, etc. Los datos se presentan aún más significativos estableciendo la correlación con el estereotipo de la feminidad normal: lo que actualmente en la bibliografía académica se ha dado en llamar “mujer tradicional”, mujeres que en su mayor proporción se caracterizan por indefensión, incompetencia para la acción y dependencia.

Kusnetzoff (35) manifiesta que si bien la depresión se presenta a cualquier edad en varones y mujeres, la posibilidad de padecerla después de los 40 años es más acentuada. Más allá de que el autor deja de lado las depresiones producidas por la disfunción sexual, considera que la depresión de un hombre en esa etapa se puede presentar como consecuencia de una pérdida afectiva (muerte de cónyuge o ser querido); de una pérdida social (despido de trabajo, separación matrimonial o jubilación); de un cambio altamente significativo (mudanza, cambio de trabajo, cambio en los hábitos); alteraciones de la vida matrimonial o familiar (enfermedades de un ser querido, graves discusiones conyugales, dificultades de dinero, embarazo, nacimiento de un hijo) y de todas aquellas situaciones que le cueste afrontar.

Dio Bleichmar (6) sostiene que en la teoría del “yo en relación” el sentido del ser femenino se forja y mantiene su cohesión a través de la práctica en las relaciones humanas, centrando el objetivo de la acción en la creación y cuidado de las relaciones afectivas.

Este rasgo principal de la feminidad tiene su origen en el modelo maternal: la unión con las necesidades del otro, la disponibilidad para la respuesta adecuada y el cuidado continuo. Hay que destacar que esto sobrelleva algunos efectos significativos: la postergación y/o desconocimiento de los propios deseos; la autovaloración centrada en forma prevalente y/o exclusiva en la necesidad de tener un rol activo en la creación y mantenimiento de relaciones amorosas; la tendencia a evitar, reprimir y/o inhibir por completo todo aquello que amenace el mantenimiento de las relaciones (sentimientos, actitudes, actividades, ideas).

Además, se marca una clara diferencia en la estructura de la instancia normativa entre hombres y mujeres. Algunos autores muestran para los hombres una evaluación en la

experiencia en términos de derechos, y para las mujeres, una valoración preponderantemente en términos de responsabilidad por los cuidados. (6)

Dio Bleichmar (6) agrega que el sentimiento de obligación hacia el cuidado impregna la subjetividad femenina. En pocas palabras, se halla presente como un imperativo implícito en el cuidado de la relación afectiva. En el caso que la relación se encuentre en peligro o fracase, la responsabilidad es vivenciada por la mujer. Además, nota la omnipresencia de la preocupación amorosa en la vida afectiva de las mujeres, ya que en torno al amor se define su identidad y su ética.

Sin embargo, Diamond (37) afirma que la depresión es un síntoma frecuente en los varones de mediana edad y que está estrechamente relacionada con la disminución del deseo y de las funciones sexuales.

En este sentido Burín (3), al estudiar el malestar de los varones, señala que por el imperativo social de adscripción a su género y construcción de su subjetividad, los aleja de la intimidad consigo mismos, con sus cuerpos y con sus emociones (miedo, tristeza, dolor) y llegan a la consulta cuando sus trastornos están avanzados. De esta manera, carecen de oportunidad de tratamientos preventivos.

Tradicionalmente, la experiencia de pérdida se considera como la interrupción de suplementos narcisistas y la prolongación de proceso de duelo normal. Es una consecuencia de la estructura narcisista de la situación perdida que impide la sustitución del objeto. Lo principal es la reacción de incapacidad del sujeto ante un deseo que no puede concretar (como irremplazable), pero al cual no renuncia sino que por el contrario, sigue vinculado. La falta de autonomía, ya sea cognitiva, social y/o económica, equipara a la persona con los niños en los efectos depresógenos de la falta de recursos instrumentales para la vida.

La soledad causa temor porque la interacción se detiene y además porque simultáneamente implica la ausencia de referencias identificatorias que sustenten la valoración del yo. La ausencia de intimidad o de cercanía afectiva es experimentada como un fracaso, como una falla en el núcleo de la identidad de género, como una insuficiencia de su feminidad. Los sentimientos de impotencia y desesperanza –lo irrealizable del deseo, núcleos básicos de la vivencia depresiva, deben entenderse no sólo en la línea de la derrota del sujeto, en la posibilidad de recuperación del objeto, en la falta de confianza o en la modificación de la situación externa, sino (y sobre todo) en los sentimientos de culpa y responsabilidad que el sujeto experimenta ante lo que considera su fracaso. (6)

En particular, los rasgos de carácter con los que se categoriza a una persona alcanzando patrones de madurez y salud mental son diferentes a los que representan el estereotipo de lo femenino, dado que los primeros son: independencia, pensamiento propio, seguridad en la acción y toma de decisiones, firmeza y agresividad suficiente para imponerse, confianza en sí mismo y autovaloración. Pareciera que, alcanzadas las primeras condiciones, la elevada autoestima es una consecuencia lógica. La dulzura, obediencia, complacencia, docilidad, dependencia, son valores que no solamente gozan de menor o nula estima social, sino que además se consideran predisponentes de enfermedad mental.

(6)

Dio Bleichmar (6) agrega que las causas de la depresión en la mujer no pueden reducir su origen a un solo mecanismo. El factor *género* en la depresión no es una condición diferencial en cuanto a los mecanismos psicológicos responsables de la respuesta depresiva: baja autoestima, graves inhibiciones y déficit yoicos se encuentran por igual en hombres y mujeres afectados de depresión.

Asimismo, la autora (6) argumenta que la masculinidad y la feminidad en tanto tipificaciones de la identidad de hombres y mujeres, estructuran formas diferenciales de conformación de la autoconfianza, autoestima, autolegitimación de deseos, sentimientos y ambiciones.

Hay que hacer notar que ambos géneros desean lo mismo: ser amados por los otros y por sí mismos. Lo que varía es a través de qué medios se va a obtener esta meta. Esta diferencia de procedimientos constituye la distancia que introduce la normativización diferencial de la feminidad y la masculinidad en nuestra cultura.

Sin embargo, en las mujeres, tanto el amor como la autoestima se obtienen a través de un proceso relacional, de la intimidad y del vínculo emocional con otro. En la actualidad, cuando las pautas de género sufren un acelerado cambio, es común escuchar que en mujeres con éxito profesional los motivos de consulta más frecuentes tienen que ver con problemas en la pareja, dificultades para mantener relaciones afectivas estables ante la amenaza de separación, ruptura o divorcio, temores a la soledad. Incluso las quejas no solo se constituyen en motivo de depresión para las mujeres, sino que en general son una preocupación en tanto signo de mal pronóstico de la relación.

La masculinidad impone al hombre algún grado de acción que le asegure un dominio sobre la realidad, acción propia a través de la cual (y en tanto emblema) secundariamente obtendrá el amor de los otros y se promoverá la conexión. Será amado por

lo que ha sido capaz de hacer para sí mismo, lugar y fuente fundamental de sus sentimientos de autoestima, que si bien contribuyen a que sea amado, no se sustentan en la capacidad para las relaciones afectivas.

En los hombres, las causas de depresión tienen que ver predominantemente con amenazas o fracasos en el área laboral o económica, ámbito central de sustento de su narcisismo. Por otra parte, la sustitución del objeto perdido, en caso de fracaso afectivo, es casi inmediato y la soledad sexual impensable, condiciones que contribuyen a distanciar la posibilidad de una reacción depresiva. (6)

Gelder (85) hace referencia a que en la menopausia algunas mujeres tienen síntomas depresivos y de ansiedad. No se ha demostrado que dichos trastornos necesariamente estén relacionados con los cambios hormonales. Infieren que los síntomas pueden estar asociados a los cambios de rol en esa etapa de la vida. Afirman los expertos que “los trastornos psiquiátricos en torno a la menopausia se deben tratar de la misma forma que en otras edades de la vida”.

Sin embargo, Freixas (34) sostiene que la literatura popular y nuestro imaginario están invadidos por ideas acerca de los efectos de la menopausia sobre el aparato psíquico, pero otros estudios no muestran dicha relación. Numerosos trabajos aseguran que no hay una evidencia sustancial de una asociación directa entre menopausia y trastornos psiquiátricos; tampoco entre menopausia y la percepción de mayor o menor bienestar psicológico. La investigación empírica sugiere que la depresión no varía de manera predecible con la menopausia y que no necesariamente está asociada a ella; solamente en las histerectomías se encuentra una mayor incidencia de depresión.

Por último, la autora afirma que la mujer en menopausia como depresiva, irritable y ansiosa es solamente un estereotipo y que en definitiva se trata de prejuicios sociales.

Asimismo, Erikson (86) manifiesta que tanto la adultez como la vejez –dentro del desarrollo humano– son etapas evolutivas psicosociales y que en ambos estadios se produce el sentimiento de aislamiento o intimidad. La intimidad implica la capacidad de experimentar y sentir que las necesidades y preocupaciones de otra persona son tan importantes como las propias. Lo opuesto es el aislamiento que se produce por la imposibilidad de compartir los sentimientos con otras personas, o porque resulta imposible que la persona se ocupe de alguien o que alguien se ocupe de la persona. Dependerá de cada historia, si podrán pasar al estadio de la generatividad o el estancamiento.

4. OBJETIVOS

Este trabajo tiene el propósito de conocer cómo viven el climaterio varones y mujeres desde una perspectiva de género. En consecuencia, se realizó una revisión bibliográfica sobre esa etapa evolutiva que permita analizar tabúes sobre tales condiciones. La bibliografía existente refiere sobre todo al climaterio femenino, es escasa en relación al climaterio masculino, y bastante amplia en torno a género y subjetividad. El propósito fue integrar estos temas tan amplios, de modo que la pregunta problema puede sintetizarse con el interrogante sobre *cómo construyen varones y mujeres su subjetividad en la etapa del climaterio*.

En consecuencia, y con la intención de responder a tal interrogante, planteamos el siguiente *objetivo general*:

1. Analizar y comparar las percepciones y significados que los varones y mujeres le asignan a la etapa del climaterio.

Los *objetivos específicos* que lo orientan son:

1. Describir manifestaciones biosicosociales del climaterio en varones y mujeres.
2. Averiguar qué representación tienen de la etapa del climaterio los varones y las mujeres.
3. Caracterizar cómo construyen los varones y las mujeres el propio proyecto de vida en la etapa del climaterio.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

La propuesta metodológica inicial se presentó en el anteproyecto de T.F.M.S.S.YR. y fue aprobado en agosto de 2007.

El estudio realizado fue de tipo *exploratorio*. La meta de este tipo de estudios es avanzar en el conocimiento del tema y realizar aportes sobre el mismo sin profundizar necesariamente en el estudio de causas y efectos. Los estudios exploratorios abarcan dos aspectos: a) el estudio de documentación y b) el contacto directo con la problemática a estudiar, es decir, con las personas que se hallan en condiciones de poder informar sobre el tema estudiado. (87)

La caracterización que hacen Yuni y Urbano (88) de la investigación exploratoria indica que en cuanto a sus finalidades, “intenta determinar las categorías y variables vinculadas a un concepto. Intentan nombrar, clasificar, describir una población o conceptualizar una situación”. En cuanto al tipo de información que utiliza, “recurre a información variada. Puede combinar datos cuantitativos y cualitativos. Puede operar con alguno de ellos exclusivamente. Predominio de instrumentos no estandarizados y procedimientos abiertos de recolección de información”. Acerca de los criterios para su utilización, la investigación exploratoria se utiliza cuando “existen escasos conocimientos sobre el tema. Se requiere determinar las propiedades o características de un fenómeno. Se quiere generar nuevas categorías conceptuales”.

La *población* (o *universo*) que se investigó estuvo ajustada a los siguientes criterios:

a) consultantes mujeres que concurrieron al Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología – Servicio de Ginecología (Especialidad de Climaterio), durante el período comprendido entre el mes de junio y setiembre de 2009 (lunes y viernes por la mañana).

b) Consultantes varones que asistieron al Hospital Nacional de Clínicas – Servicio de Urología, durante el mes de agosto y setiembre de 2009 (martes, jueves y viernes).

Otro criterio de inclusión fue que los consultantes tuvieran una edad igual o superior a los 40 años.

El *muestreo* fue no probabilístico, por cuotas, y constituye un tipo de muestreo válido para estudios exploratorios. Se decidió esta forma de muestreo ya que no se conocían *a priori* algunas características de la población (ej.: cantidad de personas que se atenderían en el período relevado). La muestra estuvo constituida por varones y mujeres

que consultaron por diversos motivos en los lugares y fechas antes citados. Se seleccionó el rango etéreo (desde los 40 años en adelante) teniendo en cuenta que la Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU (36) (89), la Asociación Argentina de Climaterio (A.A.P.E.C.) (90), la Sociedad Internacional de Climaterio (IMS) (91), la Sociedad Americana de Menopausia (NAMS) (92) y varios trabajos científicos (93) manifiestan que hay coincidencias en considerar al síndrome climatérico como una etapa biosicosocial, que incluye tanto síntomas físicos como emocionales, y que está comprendido aproximadamente en esa franja etárea.

Los *instrumentos de recolección de datos* incluyeron:

a) encuestas autoadministradas a los consultantes, con un cuestionario mixto de preguntas cerradas y abiertas (ver anexo). Para el correcto diseño e implementación de las encuestas, se hicieron 35 encuestas en forma de pre-test para validar el instrumento. Una vez que se optimizó el instrumento a partir de lo relevado en el pre-test, se llevaron a cabo, finalmente, un total de 249 encuestas definitivas a varones y mujeres de los nosocomios mencionados *ad supra*.

En las encuestas se formularon 25 preguntas, que buscaron recabar información para atender al cumplimiento de los objetivos. La operacionalización de las preguntas realizadas, según los objetivos planteados, adquirió la siguiente forma:

Tabla 1. Operacionalización objetivos – preguntas

Objetivos específicos	Preguntas (número)
1	4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 19, 22, 23, 24, 25
2	10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18
3	19, 20, 21

Nota: la pregunta 19 se incluyó en los objetivos 1 y 3 dado que aportó datos para ambos.

b) Entrevistas semiestructuradas a informantes claves (profesionales de la salud relacionados con el tema). Se entrevistaron ginecólogos, urólogos, endocrinólogos, psicólogos, psiquiatras, obstetras y médicos generalistas. Este instrumento diseñó su guión de entrevista con la intencionalidad de captar las opiniones de los especialistas respecto a los objetivos de este trabajo.

Los ejes (focos de interés) de las entrevistas fueron:

1. El significado que tiene para los consultantes la etapa del climaterio.
2. Las manifestaciones biosicosociales (del climaterio) que presentan los consultantes en esa etapa.
3. La construcción de los proyectos de vida de los consultantes en la etapa del climaterio.

Se realizaron las entrevistas de diversas formas: personalmente, vía telefónica y a través de correo electrónico, a 11 profesionales especialistas en el período comprendido de febrero a julio del año 2009.

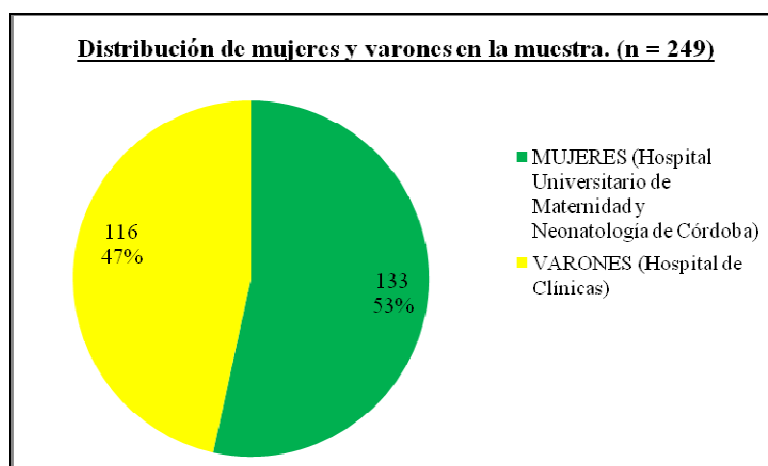
El *análisis de los datos* tuvo diferentes instancias. Por un lado, el análisis cualitativo se plasmó mediante el análisis de las entrevistas y algunos segmentos de las encuestas, buscando información referida a los objetivos planteados. Por otra parte y en relación con lo anterior, el análisis de los datos cuantitativos de las encuestas se realizó mediante técnicas de estadística descriptiva, con la ayuda de software específico como software SPSS v 13 y Microsoft Excel 2007. Se buscó sintetizar la información disponible a partir de la triangulación y complementación de los diversos tipos de datos recabados en las encuestas y en las entrevistas. La metáfora de la “triangulación” se basa en los principios de la geometría y fue adaptada de la navegación y la estrategia militar que utilizan múltiples puntos de referencia para localizar la exacta posición de un objeto. Metodológicamente, se refiere a que a partir de la triangulación, se incorporan al análisis diferentes tipos de datos –llamados “cortes de datos”– que aportan múltiples puntos de vista sobre un mismo objeto (94).

Esta investigación se realizó en las siguientes *etapas*: la primera parte comprendió la revisión del marco teórico; en la segunda se llevó a cabo el trabajo de campo (aplicación de las encuestas y realización de las entrevistas); en la tercera etapa se llevó a cabo el análisis de la información y, finalmente, se realizó la elaboración del informe final.

6. ANALISIS DE DATOS – DISCUSIÓN

Este capítulo, en sus diferentes partes, se abocará a la presentación de los resultados, a la discusión y análisis de los mismos. Se describirán las características centrales de la muestra y se cruzarán datos que se dirijan a cumplimentar los objetivos planteados. Se pondrán en relación y se triangularán los diferentes cortes de datos recabados con los instrumentos explicitados anteriormente, a la luz del marco teórico construido.

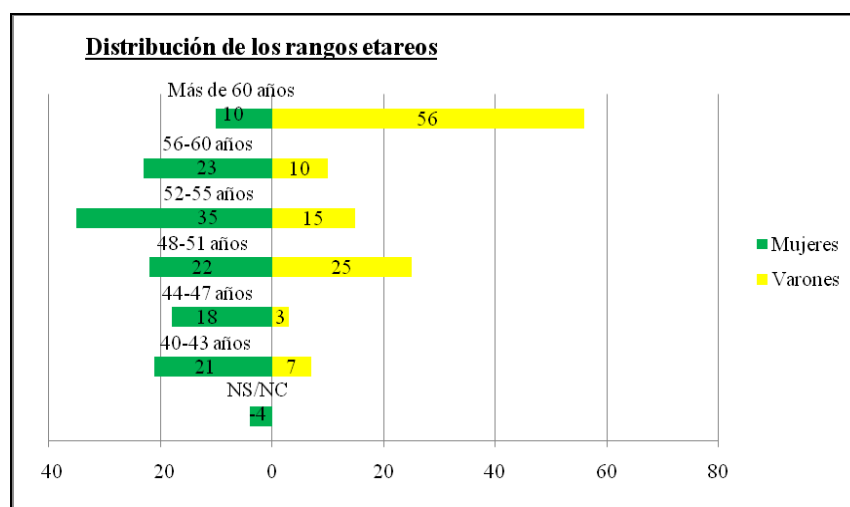
La muestra estuvo constituida por 249 casos ($n = 249$). De ese total, 53% (133) fueron mujeres encuestadas del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología de Córdoba, Servicio de Ginecología, Especialidad de Climaterio. El restante 47% (116) estuvo constituido por varones encuestados en el Hospital de Clínicas, Servicio de Urología.



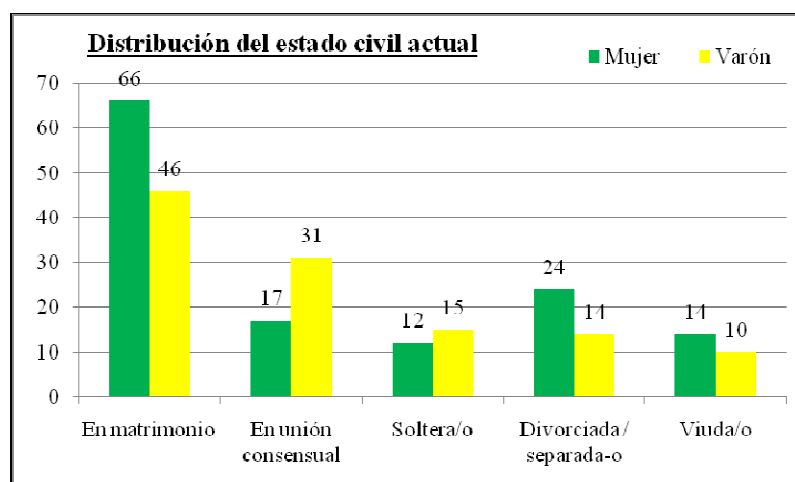
El rango etáreo de los encuestados (ver tabla 2 en anexos) osciló entre los 40 y los 60 años (o más). Las edades se seleccionaron teniendo en cuenta la etapa de climaterio (cf. marco teórico). Pudimos observar que las consultas de varones y mujeres a los consultorios de los respectivos hospitales no fueron simétricas respecto a la distribución de las edades. La cantidad de mujeres que acudieron a la consulta ginecológica fueron equilibradas en todos los rangos etáreos; en cambio, se observó un incremento de varones que consultaron, a partir de los 48 años.

En general, hay un número mayor de varones que no contestan frente a diferentes preguntas. En esta misma tendencia, cuando se realizó el trabajo de campo, los varones en

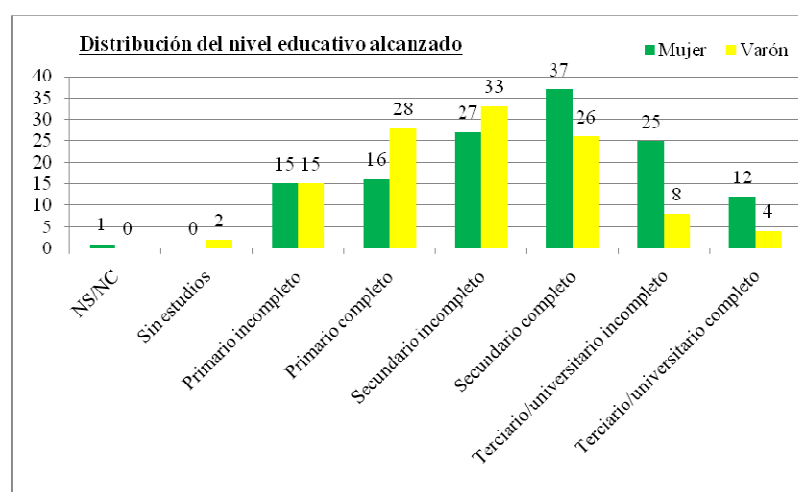
varias oportunidades tuvieron una actitud de rechazo frente a la encuesta. Curiosamente, una vez que ellos veían que otros congéneres estaban siendo encuestados, los que primero habían rechazado la propuesta luego se acercaban para pedir información acerca del estudio y en ese diálogo, luego varios accedieron a ser encuestados. Esto no sucedió con las mujeres, que accedieron con facilidad. Sólo tres (3) mujeres se negaron, a lo largo de todo el trabajo de recolección de datos.



El estado civil actual de los encuestados (ver tabla 3 en anexos) mostró las siguientes distribuciones: en matrimonio (el 45% de las/los encuestadas/os); en unión consensual (19,3%); divorciada/separada-o (15,3%); soltera/o (10,8%) y viuda/o (9,6%). Analizándolo por género, el 49,6% de las mujeres estaban en matrimonio; el 18% divorciadas-separadas; el 12,8% en unión consensual; el 10,5% viudas y el 9% solteras. Por su parte, el 39,7% de los varones estaba en matrimonio; el 26,7% en unión consensual; el 12,9% solteros; el 12,1% divorciados-separados y el 8,6% viudos.



Dentro del *nivel educativo alcanzado* (ver tabla 4 en anexos) en las mujeres pudo observarse que las situaciones menos frecuentes fueron que el 9% de las mismas concluyó estudios terciarios-universitarios y el 11,3% no concluyó la primaria. El nivel educativo alcanzado más frecuente fue el secundario completo, con un 27,8%. Los niveles educativos alcanzados por los hombres, con menor frecuencia, fueron el 1,7% sin estudios y el 3,4% con estudios terciarios-universitarios concluidos. La situación más frecuente en el ámbito educativo para los hombres fue el secundario incompleto, con un 28,4% de los mismos llegando a tal condición.



La situación laboral-ocupación actual (ver tabla 5 en anexos) de los encuestados arrojó los siguientes resultados. Para las mujeres, la mayoría se incluyó en la categoría de amas de casa (34,6% de las mujeres), mientras que no hubo ninguna (0%) dentro del

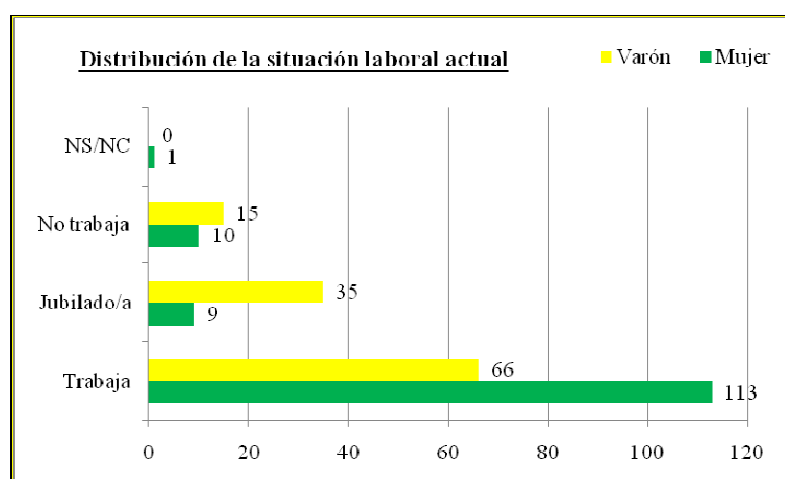
personal técnico. Por su lado, los hombres registraron su mayor porcentaje dentro de los jubilados (30,2% de los hombres), seguidos por trabajadores especializados (17,2%) y el menor porcentaje registrado fue en las tareas domésticas (0%).

Al momento de analizar si los encuestados/as estaban jubilados/as, trabajaban (cualquier tipo de ocupación) o no, se observó lo siguiente:

Tabla 5 a. Situación laboral - género

Situación laboral	Género		Total
	Mujer	Varón	
Trabaja	113	66	179
Jubilado/a	9	35	44
No trabaja	10	15	25
NS/NC	1	0	1
Total	133	116	249

El 71,9% de la muestra trabajaba; el 17,6% eran jubilados/as, y el 10% no trabajaba. Se observó una mayor proporción de mujeres que trabajaban respecto a los hombres. También una mayor proporción de hombres que estaban jubilados o no trabajaban, respecto a las mujeres. Es probable que eso se debiera a que la muestra masculina tenía una edad más avanzada que la femenina (todos los varones jubilados se encontraron en el rango etáreo de más de 60 años; 9 de los 15 varones que no trabajaban estaban en el rango etáreo de más de 60 años).



Específicamente, se notaron las siguientes particularidades. Por un lado, que en la muestra no hubo personal técnico/a femenino. Asimismo, fue notable la diferencia en la

categoría empleado/a doméstica-jornalero, cuestión que probablemente se refiera a la condición de mayor precariedad laboral femenina.

Asimismo, es notable que algunas mujeres que se dedicaban a ser amas de casa, comentaban en el momento de ser encuestadas “que no trabajaban, y que sólo eran amas de casa”. A su actividad no la sentían como trabajo, sino como parte inherente al “ser”. El anterior fenómeno observado quizás se deba a una representación social en torno al trabajo como “trabajo = salario”, en base a lo cual la actividad productiva que excluya una retribución salarial, escaparía al concepto de trabajo. Un análisis pormenorizado del anterior fenómeno escapa a los objetivos del presente trabajo, pero sí puede establecerse exploratoriamente que en la muestra trabajada hubo una impronta cultural que asoció el rol femenino a las tareas domésticas, y que éstas están concebidas por fuera del universo significativo del trabajo, en tanto se considera que el salario es el mejor indicio que determina lo que es trabajo y lo que no. De todas maneras, en los tiempos recientes es cada vez más común que el varón acepte tomar este rol más doméstico, permitiendo a la mujer ejecutar el rol laboral del varón. Otras modalidades de negociaciones son intermedias a los dos posibles extremos, en los cuales la pareja se reparte de la manera más equitativa posible las labores cotidianas del hogar. Una indagación más profunda sobre estos fenómenos puede encontrarse en de la Garza Toledo y Neffa (95).

En el cruce de las variables *trabajo, nivel educativo, sexo* (ver tabla 6 en los anexos) se observó que el nivel educativo estuvo distribuido de manera bastante homogénea, en el sentido de que, más allá del nivel educativo alcanzado, varios hombres y mujeres se desempeñaban laboralmente.

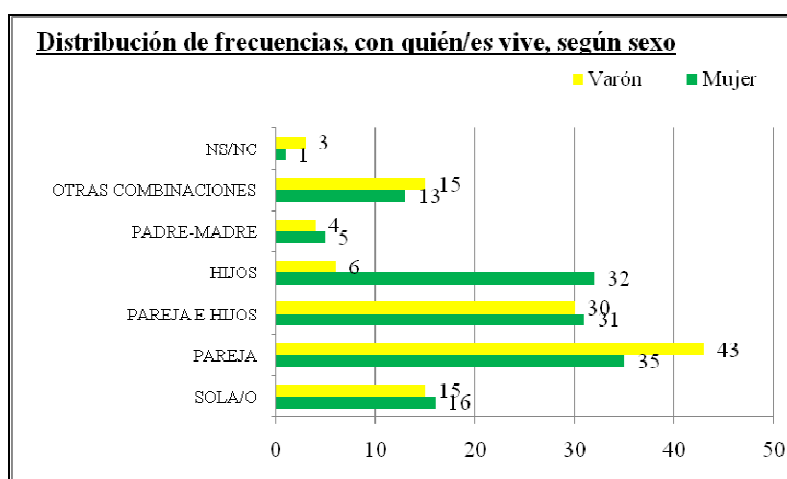
Es sabido que en las parejas tradicionales encontramos una marcada división sexual del trabajo. Es decir, la presencia del padre es importante en el sentido simbólico como figura proveedora, idealizando a la madre como figura contenedora de la crianza de los hijos. En cambio, en las parejas más jóvenes e innovadoras, caracterizadas por un dominio masculino atenuado, comparten más la crianza de los niños, aunque el padre funciona como auxiliar de la madre, acerca de la cual ambos asumen que posee especiales aptitudes para la crianza.

En nuestra población, en el cruce de las variables *trabajo, estado civil y sexo* (ver tabla 7 en los anexos) encontramos que se reprodujo el estereotipo de las mujeres *amas de casa* y el varón *proveedor*. La mayor cantidad de mujeres amas de casa se encontró en la categoría “en matrimonio” y “en unión consensual”; 27 de las 66 mujeres casadas eran

amas de casa; 7 de las 17 mujeres que se encontraban en unión consensual lo eran; sólo 2 de las 12 solteras; 7 de las 24 separadas-divorciadas y 3 de las 14 viudas.

Las diferencias se produjeron, también, por las características del trabajo (hubo trabajos que estuvieron asociados a roles femeninos y otros a masculinos). Por ejemplo, de los 24 empleados administrativos/as que hubo, 17 eran mujeres. De las 14 empleadas domésticas/jornaleros, 13 eran mujeres. Las 46 amas de casa que hubo, eran mujeres. Por su lado, de los 29 trabajadores especializados que hubo, 20 eran varones. De los 16 obreros calificados, 13 eran varones. El total de los 9 individuos que se desempeñaban como personal técnico, eran varones.

En el cruce de las variable *Con quién/es vive – sexo* (ver tabla 8 en anexos), la mayor parte de la muestra vivía con la pareja, o con la pareja e hijos. Si agrupamos las dos categorías anteriores, entre ambas reunían al 55,8% de la muestra (ver tabla 9 en anexos).



Si bien algunos padres suelen sufrir una crisis luego de que los hijos abandonan el hogar, en lo que se conoce como “síndrome del nido vacío”, lo anterior es una etapa evolutiva que atraviesan algunas parejas, que se produce cuando los hijos dejan el hogar para independizarse. Esta situación generalmente es vivida por los padres con angustia. Se dan cuenta de que ya no son tan necesarios como antes y esto genera sentimientos de falta de sentido. Sobre todo en la madre, si su proyecto de vida giraba en torno a sus hijos, sus necesidades, sus problemas.

Pittman (7) habla de los “nidos atestados” cuando el hijo cronológicamente adulto no se va del hogar. El análisis de los motivos por los que los hijos no se independizan de

los padres obedece a múltiples factores que no hacen al objeto de nuestro estudio. Algunas personas, después de responder a la encuesta, hicieron comentarios tales como: “la carga y el cansancio que era para ellos vivir con sus hijos que no se habían independizado”, “se sentían un peso para sus hijos porque ya no podían sostenerse económicamente con su jubilación”, “ayudan a sus padres que ya están desvalidos”. Recapitulando, en palabras de Clara Coria, “la sociedad patriarcal no alerta a las mujeres sobre el hecho de que la función maternal es finita”. Cuando esta labor de cuidados es ejercida, los “cachorros” aprenden a arreglárselas solos y deja de ser operativo mantenerlos bajo la protección del ala materna.

Al relacionar *con quiénes viven con la actividad laboral* (ver tabla 10 en anexo), hubo indicios que marcaron que en los estratos socio-ocupacionales más bajos las familias eran menos nucleares y más ampliadas.

Además, se dio que los hijos (a veces con sus parejas e hijos) vivían con los padres. Se podría atribuir lo anterior a una condición socioeconómica que no permitiría que los hijos inicien su propio hogar, debido al costo económico que ello implica (entre otros factores).

En otros casos, la pareja (que vivía con sus padres) era el sostén de sus propios progenitores, tal como lo confirma la teoría de que los hijos adultos se transforman en contenedores de sus padres adultos mayores. (43) (44) (2)

En la tabla de contingencia que cruzó las variables sexo, edad, tiene hijos (ver tabla 11 y 11.a en los anexos) fue significativa la cantidad de las personas que sí tenían hijos (el 82,7% de las mujeres y el 80,2% de los varones). El rango etáreo de las personas de entre 54 y 60 años encontró a los que más habían procreado, ya que el 90,9% de ese grupo había tenido hijos. Para el resto de las edades, hubo una tendencia hacia una relación directa entre edad y cantidad de hijos, puesto que éstos fueron aumentando en la medida que aumentaba la edad. Así, el porcentaje de personas con hijos según los rangos etáreos fue el siguiente: 40-43 años (71,4%); 44-47 años (76,2%); 48-51 años (72,3%); 53-55 años (84%); 56-60 años (90,9%) y 60 o más años (87,9%).

En cuanto a la *cantidad de hijos* (ver tabla 12 en los anexos), se pudo observar que el 18,1% no tenía hijos. Dentro de los que sí tenían, el 14,1% tenían 1 hijo, el 31,3% 2 hijos, y el 35,3 % tenía 3 o más hijos. Dentro de las personas que tuvieron hijos (el 81,5% de la muestra), las mujeres tuvieron más hijos que los varones, con el 54,2% de los mismos.

La categorización de las etapas evolutivas de los hijos se realizó según el marco

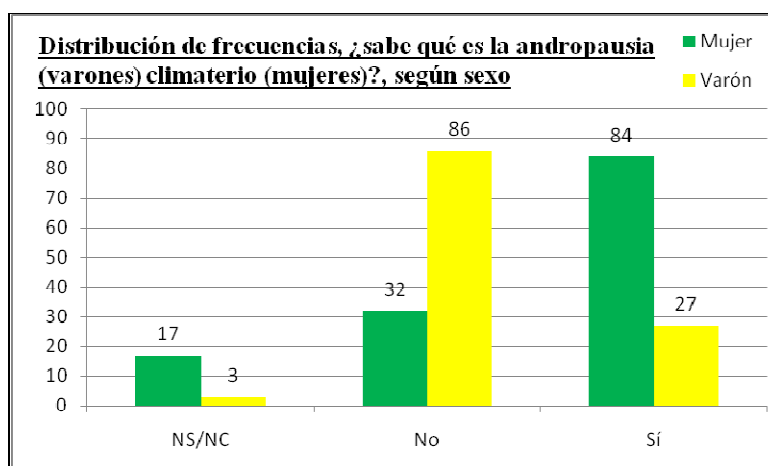
teórico de Erik H. Erikson (86).

Tabla 13. Etapas evolutivas

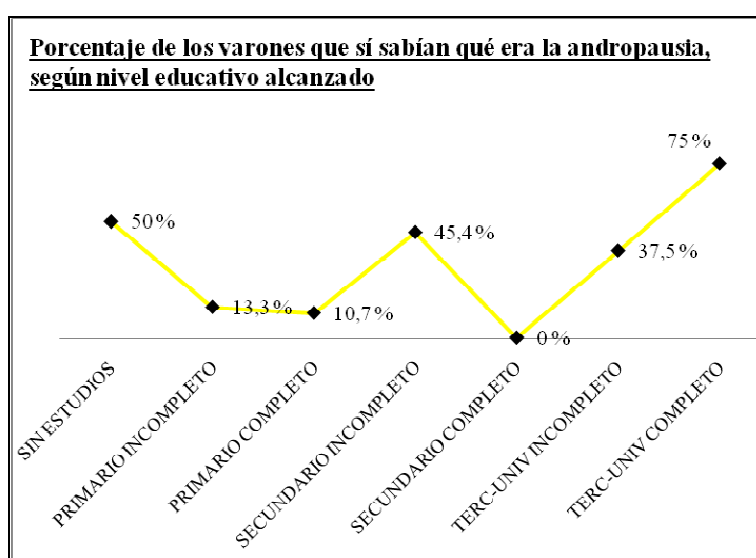
Estadios	Edades
I Infancia	0 – 1 año
II Niñez temprana	2
III Edad de juego	3 - 5
IV Edad escolar	6 - 11
V Adolescencia	12 - 20
VI juventud	21 -29
VII adultez	30 -65
VIII Vejez	66 en adelante.

Las edades de los hijo/as se recategorizaron por etapas evolutivas; asimismo se tomó la edad mínima y la máxima del total de hijos de cada persona. Por ejemplo, si una persona tenía 3 hijos, uno de 5, otro de 13 y de 22 años, se tomaron las edades mínimas y máximas de ese rango (3 y 22 años, respectivamente). A partir del análisis de las edades de los hijos mayores (edad máxima recategorizada, (ver tabla 14 en anexos), vimos que las mayores frecuencias se encontraron en los hijos con edades en la adolescencia (20,1%), juventud (23,7%) y adultez (32,5%). Hubo pocas frecuencias de los hijos mayores en edad de juego (0,8%) o edad escolar (2%). En las edades de lo/as hijo/as menores (edad mínima recategorizada, (ver tabla 15 en anexo) sucedió algo similar. Las frecuencias más altas fueron en la etapa de adolescencia (28,1%), juventud (22,1%) y adultos (16,5%). Fueron escasas las personas que tenían hijos menores en niñez temprana (1,2%) o edad de juego (3,2%).

En el análisis del cruce de las variables sexo y conocimiento del climaterio (ver tabla 16 en anexo), encontramos que fue significativo el porcentaje de varones que no conocía qué era el climaterio masculino (andropausia) (74,1%). Por el contrario, el 63,2% de las mujeres sí conocían qué era el climaterio.



En el análisis del cruce de variables: *nivel educativo alcanzado, sexo y conocimiento de climaterio (femenino, masculino)* (ver tabla 17 en anexo), no se registró una diferencia significativa entre los varones con estudios terciarios/universitarios incompletos o completos que conocen (6), respecto de los que no conocen de su climaterio (5). En los demás niveles educativos alcanzados la tendencia fue bastante similar entre los que conocían y los que no, independientemente del nivel educativo alcanzado. Por ejemplo, primario incompleto (sí sabían 2, no sabían 12, NS/NC 1); primario completo (sí sabían 3, no sabían 25); secundario incompleto (sí sabían 15, no sabían 17); secundario completo (sí sabían 0, no sabían 26).



Aquí podríamos inferir que mientras la mujer está ligada a su cuerpo, el varón silencia y parece que está liberado de éste. La realidad es que consulta porque algo le

molesta o porque ya enfermó, en una dinámica reactiva, no preventiva.

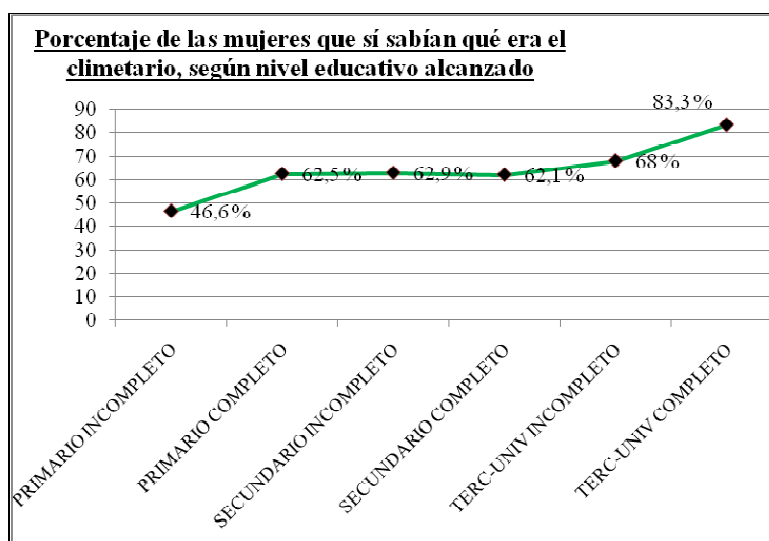
Los varones, incluso algunos con alto nivel educativo, respondieron desconocer acerca del climaterio masculino (andropausia). Si bien hay una tendencia a pensar que a mayor nivel de educación formal se tendría mayor información sobre las etapas evolutivas, esto no sucedió en la muestra para los varones, ni tampoco en las encuestas de pre-test que fueron realizadas en dos consultorios psicológicos privados. No se registró una diferencia significativa entre los varones con estudios terciarios/universitarios incompletos o estudios completos que conocen, de los que no conocen de su climaterio.

Hay que hacer notar que muchos varones dijeron desconocer lo que significaba el climaterio masculino (andropausia), aunque continuaron con los puntos siguientes de la encuesta y señalaron algunos síntomas que sentían. Además, algunos varones manifestaron que ignoraban el tema pero se interesaron por conocer y demandaron –con cierta preocupación– ser escuchados frente a situaciones que estaban viviendo de su propio climaterio. Los que afirmaron conocer sobre climaterio se localizaron en la franja etárea de más de 60 años.

Tal como lo manifestamos en el marco teórico, Gilmore (19) afirma en sus estudios antropológicos, así como otros autores: “los hombres no nacen, se hacen”. En el sistema de creencias de las personas que encuestamos no está ausente esta premisa. Aunque lo notable fue que varios varones, después de responder la encuesta, se acercaron a dialogar y expresaron la tristeza que sentían, la desesperanza, el abatimiento por distintos motivos (pérdida de su mujer, enfermedades, soledad, etc.). No era el espacio pertinente, pero demandaban ser escuchados; aunque paradójicamente algunos tenían dificultad auditiva. Surgen interrogantes: será que no se promueven espacios para hablar del malestar, será el cuerpo la única escapatoria para hablar de lo que se siente, será que hay que promover espacios para que cada sujeto pueda hablar de lo que le pasa, sin considerarlo un derrumbe de su masculinidad. Será que las mujeres con la menarca ya hablamos de lo que nos pasa, en cambio en los varones acuden a la consulta cuando ya sienten la dolencia, el padecimiento.

Pudimos valorar entonces que para los varones no fue relevante el nivel educativo para el conocimiento de la etapa evolutiva que atravesaban.

Por su parte las mujeres, a diferencia de los varones, en términos generales, conocían sobre el climaterio. Se observó una tendencia de que a mejor nivel de instrucción, más conocimiento sobre el tema.



Esto se corresponde con la entrevista a la Obstetra Ana Reino (ver entrevista 5 en anexos), quien manifestó que en las zonas rurales, las personas analfabetas argumentan que su ciclo se termina: “Doctora, se me cortó”. Hay coincidencias con la Dra. Yolanda Bertazzo (ver entrevista 1 en anexo), quien comentó que las consultantes le piden determinados estudios ginecológicos (densitometría ósea). Lo anterior indica que las mujeres, más allá de su nivel educativo formal, sí poseen conocimientos en torno al climaterio y los diversos cuidados que implica. Sin embargo, es importante destacar que a mayor nivel educativo alcanzado, mejor conocimiento hubo sobre esta etapa.

Según pudimos observar en el cruce de las variables *estado civil*, *sexo* y *conocimiento sobre el climaterio masculino (andropausia) y climaterio femenino* (ver tabla 18 en anexo), encontramos que no tuvo influencia según el estado civil. A priori, se podría haber inferido que al estar en pareja, la comunicación y la convivencia hubieran permitido conocer sobre la etapa evolutiva que atraviesa el ser que se tiene como compañero. Las cifras no arrojaron esta premisa. La tendencia general fue que las mujeres conocen en su gran mayoría sobre su climaterio y también sobre el del sexo opuesto. A los varones no les sucedió lo mismo. Algunos varones que participaron de la encuesta no sabían qué era el climaterio y dijeron que nunca habían oído hablar de ello.

El análisis de las palabras que se asociaron con el climaterio/andropausia fue una de las preguntas centrales, puesto que atendió a conceptualizar las representaciones sociales en torno al climaterio femenino-masculino (andropausia).

A través de la asociación libre de dichos conceptos, se buscó que los encuestados llevaran a cabo el proceso de representación del climaterio. “Imágenes que condensan un

conjunto de significados; sistemas de referencias que nos permiten interpretar lo que nos sucede, dar un sentido a lo inesperado, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver”. (96)

Se les pidió a los encuestados que nombraran tres palabras que asociaran a la idea de andropausia (para el caso de los varones) o menopausia (para las mujeres). La dispersión de esas palabras alcanzó un total de 110 términos originarios, es decir, nombrados directamente por los encuestados. *A posteriori*, para un mejor análisis estadístico, se recategorizaron las respuestas originarias en tres categorías que buscaron indagar sobre las representaciones sociales en tres ámbitos: biológico, psicológico y metafórico. A su vez, cada uno de esos ámbitos de categorización pudieron ser negativos, neutros o positivos, de manera que a la postre, la recategorización final adquirió nueve formas diferentes. Por *metafóricas* nos referimos a palabras empleadas con un significado parecido, y sin embargo diferente, del sentido habitual (97). Estos términos metafóricos referidos a la menopausia/andropausia fueron quizás los más “densos” en términos socio-antropológicos, es decir, los que más significados tenían para desentramar. En base a lo anterior, y dada la importancia central de esta pregunta, a continuación se exponen algunas tablas estadísticas y una descripción *–in extenso–* de cada uno de los términos asociados a las ideas de *climaterio* (pregunta para las mujeres) y *andropausia* (pregunta para los varones).

Tabla 19. Re-categorización de las palabras asociadas a climaterio femenino y masculino (andropausia)

RE-CATEGORIZACIÓN de las Representaciones Sociales (RS)	PALABRAS ASOCIADAS A ANDROPAUSIA y CLIMATERIO (términos originarios)
1. RS biológicas (positivas)	(Ninguna) (0)
2. RS biológicas (neutras)	Amenorrea, Andropausia, Atrofia vaginal, Cambios físicos, Cambios hormonales, Declinación hormonal, Es normal y fisiológico, Fin de edad fértil, Hormonas, Hormonas femeninas, Pre-menopausia, Post-menopausia, Receso hormonal, Retiro total de la menstruación (14)
3. RS biológicas (negativas)	Aumento de peso, Calores, Desregularización, Disfunción sexual, Dolor, Dolores de cuerpo, Dolores de huesos, Falta de estrógenos, Falta de hormonas femeninas, Falta de menstruación, Pérdida de menstruación, Impotencia, Insomnio, No poder procrear, Palpitaciones, Sequedad vaginal, Sofocos – sofocones, Sudoración (18)
4. RS psicológicas (positivas)	Cambio, Cambio de perspectiva de vida, Ciclo, Nueva etapa, Tranquilidad ante las relaciones sexuales (no embarazo) (5)
5. RS psicológicas (neutras)	Adulthood, Estado de ánimo, Estar quieto, Final de una etapa, Madurez, Síntomas diferentes, Transición (7)
6. RS psicológicas	Anormalidad, Angustia, Ansiedad, Apatía, Ausencia,

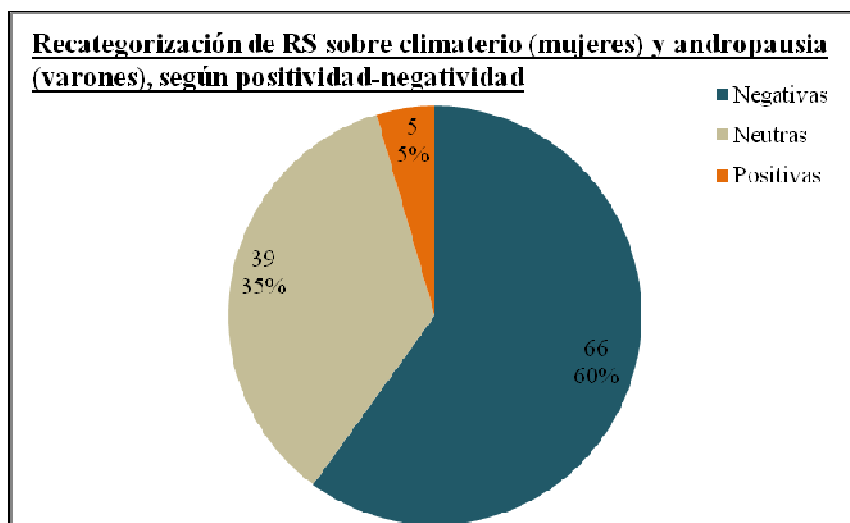
(negativas)	Cambios de humor, Cambios psicológicos, Cansancio, Cansancio de la vida, Crisis, Depresión, Dolor en el alma, Falta de interés, Fatiga, Indiferencia, Insatisfacción, Intranquilidad, Irritabilidad, Malestar, Mal humor, Menos ganas, Menos ganas de vivir, Miedo, Molestias, Pánico, Pérdida, Problemas sexuales, Soledad, Temor, Tensión, Tristeza, Vejez (32)
7. RS metafóricas (positivas)	(Ninguna) (0)
8. RS metafóricas (neutras)	Clima, Compromiso, Controles, Sexo, Edad, Escalón, Etapa de la mujer, Hiperactividad, Hombre, Lo que nos pasa a nosotras, Lo mismo que les pasa a las mujeres, Menopausia, Menopausia del hombre, Mitad de la vida, Mujer, Otoño-Otoño de la vida, Parte del ser humano (18)
9. RS metafóricas (negativas)	Cáncer, Decadencia, Declinación, Disminución, SIDA, Enfermedad, Incógnita, Madre grande, Maternidad, Menos, Menos relaciones sexuales, Merma, No poder mantener relaciones, Árbol que se pone viejo no produce frutos-No ser madre, Pronta vejez, Volverse nervioso (16)

Las recategorizaciones incluyeron la siguiente cantidad de las palabras originalmente relacionadas a climaterio femenino o masculino:

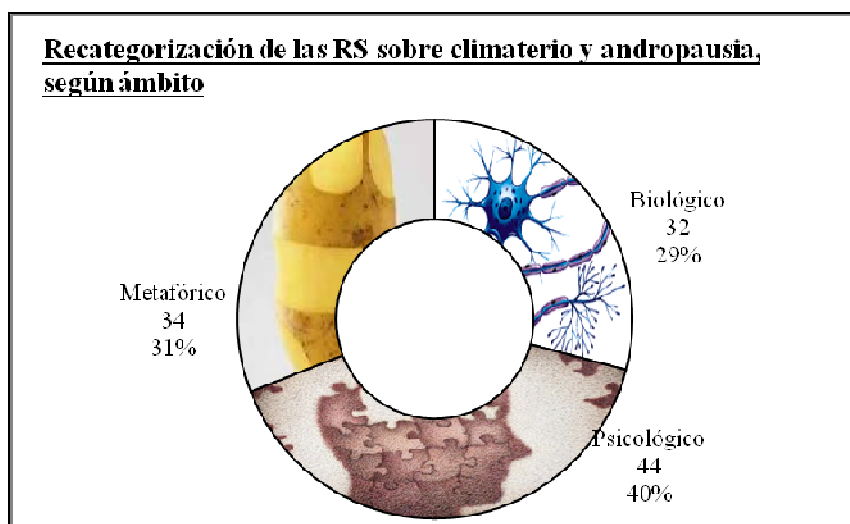
Tabla 20 - recategorizaciones

RE-CATEGORIZACIÓN de las Representaciones Sociales (RS)	Cantidad de palabras originalmente relacionadas a climaterio femenino o masculino
1. RS biológicas (positivas)	0
2. RS biológicas (neutras)	14
3. RS biológicas (negativas)	18
4. RS psicológicas (positivas)	5
5. RS psicológicas (neutras)	7
6. RS psicológicas (negativas)	32
7. RS metafóricas (positivas)	0
8. RS metafóricas (neutras)	18
9. RS metafóricas (negativas)	16
TOTAL	110

Si se las agrupa por negativas, neutras y positivas, en la re-categorización las RS negativas y neutras fueron las que más frecuentemente aparecieron:



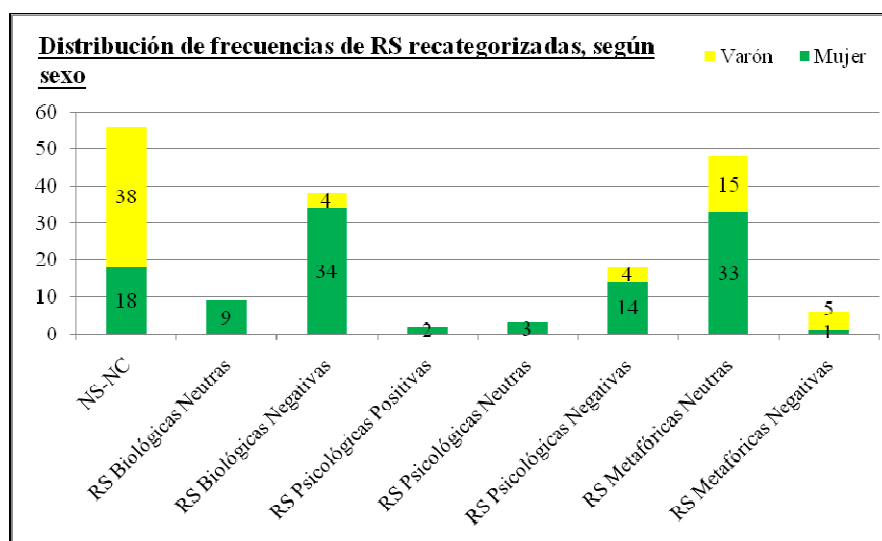
Por su parte, según fueran del ámbito biológico, psicológico o metafórico, la recategorización de las RS presentaron la siguiente distribución, siendo las psicológicas las más frecuentes:



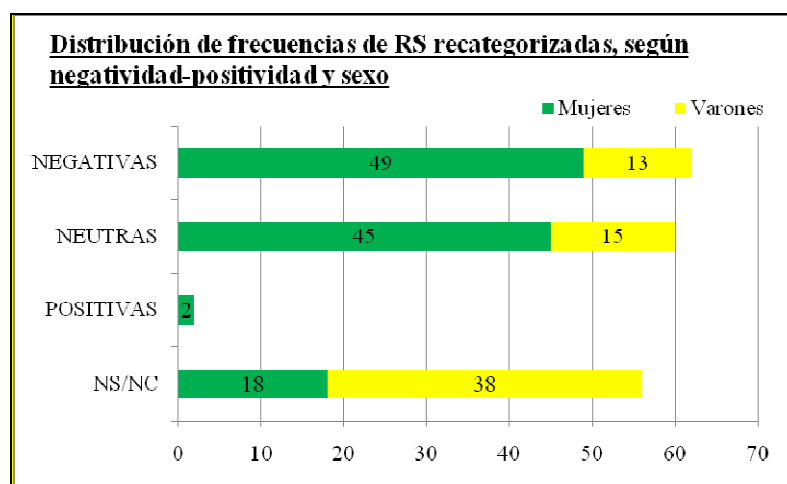
El cruce de datos entre las RS recategorizadas y sexo arrojó los siguientes resultados:

**Tabla 21. Tabla de contingencia RS andropausia climaterio – recodif a 9 cats * sexo
Válidos = 180. Perdidos = 69.**

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
RS climaterio femenino – masculino recodificada (RSACC)	NS-NC	Recuento	18	38	56
		% de RSACC	32,1%	67,9%	100,0%
		% de Sexo	15,8%	57,6%	31,1%
		% del total	10,0%	21,1%	31,1%
	RS Biológicas Neutras	Recuento	9	0	9
		% de RSACC	100,0%	,0%	100,0%
		% de Sexo	7,9%	,0%	5,0%
		% del total	5,0%	,0%	5,0%
	RS Biológicas Negativas	Recuento	34	4	38
		% de RSACC	89,5%	10,5%	100,0%
		% de Sexo	29,8%	6,1%	21,1%
		% del total	18,9%	2,2%	21,1%
	RS Psicológicas Positivas	Recuento	2	0	2
		% de RSACC	100,0%	,0%	100,0%
		% de Sexo	1,8%	,0%	1,1%
		% del total	1,1%	,0%	1,1%
	RS Psicológicas Neutras	Recuento	3	0	3
		% de RSACC	100,0%	,0%	100,0%
		% de Sexo	2,6%	,0%	1,7%
		% del total	1,7%	,0%	1,7%
	RS Psicológicas Negativas	Recuento	14	4	18
		% de RSACC	77,8%	22,2%	100,0%
		% de Sexo	12,3%	6,1%	10,0%
		% del total	7,8%	2,2%	10,0%
	RS Metafóricas Neutras	Recuento	33	15	48
		% de RSACC	68,8%	31,3%	100,0%
		% de Sexo	28,9%	22,7%	26,7%
		% del total	18,3%	8,3%	26,7%
	RS Metafóricas Negativas	Recuento	1	5	6
		% de RSACC	16,7%	83,3%	100,0%
		% de Sexo	,9%	7,6%	3,3%
		% del total	,6%	2,8%	3,3%
Total		Recuento	114	66	180
		% de RSACC	63,3%	36,7%	100,0%
		% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	63,3%	36,7%	100,0%



El 57,6% (n = 38) de los varones no supo o no contestó cuando se le pidió que nombrara palabras asociadas a la idea climaterio masculino (andropausia). De los que contestaron, la RS más frecuente en los varones fue la de concebir la andropausia con una connotación metafórica neutra, con un 22,7%. Por su parte, el 15,8% de las mujeres no dieron respuesta a la pregunta, y su respuesta más frecuente fue la de concebir al climaterio con un significado biológico negativo (29,8% de las mujeres), inmediatamente seguido de una conceptualización metafórica neutra (28,9%). A la hora de analizar los significados negativos, neutros y positivos, surgió lo siguiente:



El gráfico nos muestra que en similar etapa evolutiva, varones y mujeres no tienen la misma perspectiva alrededor de su climaterio. Además, se puede observar en el cruce de

variables Rs climaterio, sexo, nivel educativo (ver tabla 22 en anexo) que no influye en su representación el grado de instrucción logrado. Las mujeres sí hablan y hacen visible su climaterio, bien con connotaciones positivas, negativas o neutras. Lo tienen internalizado como una etapa evolutiva más en la vida de ellas. Por el contrario, los varones no saben, no contestan y son reducidas las frecuencias donde ellos se manifiestan al respecto. Se podría inferir que el imperativo social sobre la masculinidad no les permite indagar sobre ellos mismos: está invisibilizada esta etapa para los varones. Hay coincidencias con el marco teórico sobre estudios realizados por Diamond (37) cuando manifiesta que un “68% de los hombres eran incapaces de nombrar un solo síntoma o condición asociada a un bajo nivel de testosterona”.

Análisis de las RS metafóricas

Todo discurso está poblado de metáforas, aunque la mayoría de ellas pasen desapercibidas tanto para quien las dice como para quien las oye. Las metáforas organizan los discursos y el climaterio no está exento de ello.

Dado que las representaciones biológicas y psicológicas eran de alguna manera más esperables y previsibles –puesto que atienden sobre todo a la sintomatología–, la explicitación de las representaciones sociales metafóricas respecto del climaterio responden al criterio de explicitar de manera clara lo que apareció como una serie de descripciones y representaciones que definieron más acabadamente a la identidad y subjetividad de los participantes.

A continuación presentamos una descripción de las RS metafóricas que emergieron en las encuestas alrededor de las ideas de climaterio femenino/masculino:

Árbol que se pone viejo no produce frutos – no ser madre

El sistema de creencias personales modela la manera en que vivimos determinadas experiencias. Las ideas preconcebidas sobre el climaterio masculino tienen su punto de partida en lo femenino. Luego, se asemeja el propio climaterio a lo reproductivo, mirando la ecuación mujer = madre.

La mujer en la etapa del climaterio es prisionera de un estereotipo. Para entender el valor que se atribuye al cese de sus menstruaciones sólo es posible si se considera la significación que la aparición de las mismas haya tenido y el sentido que el imaginario

social atribuyó al sangrado periódico femenino, pues éste se ha expresado en singulares metáforas (hacerse mujer), desde la antigüedad hasta nuestros días. (12)

El climaterio masculino es la etapa evolutiva en la cual el varón comienza a temer por su potencia viril, por su habilidad de seducción hacia las mujeres, tal como lo expresan en las entrevistas los Dres. I. Gasparotti y T. Juárez (ver anexo entrevista 8 y 9). El varón teme fracasar con ellas y la cultura identifica capacidad eréctil con masculinidad. En síntesis, al identificar al emisor de esta idea, podemos decir que esta persona hizo un desplazamiento, una proyección de su realidad masculina a lo femenino.

En cuanto a lo de “no ser madre”, como ya hemos dicho, la noción de femineidad es una construcción social sujeta casi sólo a la capacidad femenina (reproductiva) de engendrar y, además, cuidar la vida humana. Gracias a esta construcción, la experiencia de la maternidad es central en la vida de muchas mujeres (no de todas), como punto de anclaje de identidad y de reconocimiento. Así pues, el maternaje como ejercicio tiene profundas implicaciones en las relaciones familiares, en la construcción de ciudadanía, y en su propia subjetividad. (23)

Cáncer

La persona que relacionó al climaterio con esta metáfora era mujer, primaria completa, de sesenta años (además, relacionó el climaterio con el SIDA).

Si bien el climaterio es una etapa evolutiva más, y no está relacionado con la enfermedad, para esta persona quizás –desde una experiencia personal– está vinculado a su historia de vida. Mirta Videla (25) hizo referencia a que algunas mujeres, ante las intervenciones quirúrgicas de órganos genitales internos (ovarios, útero y trompas) hacen referencia al “vaciamiento”: “me limpiaron”. La autora manifiesta que es un dilema que se le plantea al cirujano frente a la perspectiva de extraer “lo dañado” y conservar el resto o de extraer todo por prevención. El útero y las mamas son órganos de alto valor simbólico.

Las operaciones de útero, ovarios y mamas (histerectomía, mastectomía y ovariectomía) producen una convergencia entre lo real y lo simbólico. Frente a ellas se responde con diferentes niveles de angustia y ansiedad. Se trata de la aceptación y elaboración de una agresión a la imagen corporal que amputa una parte del cuerpo. Algo similar ocurre con los varones con la operación de próstata.

Rodríguez (5) considera que en algunas mujeres, este tipo de operaciones son vividas como una castración, como una pérdida del atractivo sexual y, en consecuencia,

surge el temor al abandono por parte de la pareja. Si la mujer no ha tenido hijos –aunque lo hubiera elegido–, la maternidad biológica no será posible, y vivirá la cirugía como una situación de pérdida. En particular, se alude a la cirugía con la expresión “me vaciaron toda”, es decir hace referencia al vacío corporal. Se extiende a la subjetividad de la mujer, que es despojada de su potencial maternidad, y que por tanto queda reducida a un organismo.

Clima

Los sinónimos son temperatura, calor, tiempo, agitación, templanza. Lo expresó una mujer de 43 años, con nivel educativo universitario incompleto. Quizás utilizó esta metáfora para referirse a los cambios o ciclos de vida; o quizás, lo asemejó al clima con sus variaciones en cada estación.

Compromiso

Los sinónimos de esta metáfora son: responsabilidad, obligación, deber.

En la crisis de la mediana edad (alrededor de los cuarenta años) los hombres se tornan más conscientes de las pautas de éxito o fracaso de sus carreras y repiensen sus metas. Asimismo, les sucede a las mujeres que se han consagrado a su profesión. En cambio, aquellas mujeres que han centrado su vida al crecimiento y la educación de sus hijos están más propensas a sentirse vulnerables cuando llega la época del “nido vacío”.

M. Cornachione Larriñaga (42) hace referencia a la adultez como la etapa que se caracteriza por la liberación de las grandes presiones, la búsqueda de placeres individuales, junto a una mayor experiencia, que se aprovechará si no se mantienen sueños imposibles ni posiciones rígidas. El autoconcepto, la confianza en uno mismo y el control del yo suelen aumentar en esta época y la salud mental dependerá del ajuste entre las expectativas y la realidad.

Parfraseando a Rodríguez (5), la crisis de la mitad de la vida en la mujer está relacionada con la mitología de la feminidad e involucra el conjunto de ideales y modelos asociados a la maternidad: la prestación de servicios, la pasividad. Es decir, algo opuesto al desarrollo de ambiciones e intereses personales de otro orden y al ejercicio del poder. El rol de la mujer ha sido durante siglos el de cuidar la vida y las relaciones, y llegó a ser un mandato moral categórico.

Tal como mencionamos en el marco teórico, el “ideal del yo femenino” coincide con los atributos requeridos para el desempeño eficiente de dicho rol: amor, docilidad, comprensión, generosidad, altruismo, postergación y entrega afectiva son sus condiciones específicas. La mitad de la vida comporta una crisis biográfica. Por un lado, porque la sociedad actual no valoriza a la mujer en climaterio. Por otro, porque habituada a ser requerida, se desorienta –en algunos casos– ante la independencia de sus hijos.

Por otra parte, en algunas personas surgen fantasías y ansiedades específicas. Pueden estar referidas a la salud y al propio cuerpo: son fantasías hipocondríacas que abarcan toda clase de preocupaciones y temores a enfermedades. Pueden, también, estar vinculadas con una inquietud económica, o bien a fantasías que se relacionan con el temor de perder el status social o el prestigio alcanzado. El origen de algunas de estas fantasías está conectado con la subjetividad y el profundo temor al cambio. En otras palabras, es la dificultad de la elaboración del duelo por el self (sí mismo) que afecta a esta edad, lo que debe ser asumido y requiere nuevos destinos para su despliegue en la mediana edad (56). En síntesis, será el momento de *compromiso* con uno mismo, de percibir, en palabras de Burin, quién soy y quién voy siendo (subjetividad).

Controles

Sinónimos de vigilancia, intervenciones, exámenes. Fue una mujer la que hizo mención a esta palabra. Posiblemente hizo referencia a una etapa de mayores controles a nivel médico sobre su organismo.

La Dra. Yolanda Bertazzo (ver en anexo entrevista 1) manifestó en la entrevista que “Las mujeres *más simples* (menor conocimiento - coincide con menor ingreso económico) no tienen mucha conciencia de este período. En cambio, las mujeres que han adquirido *mayor información* consultan en ese período de su vida, requieren tratamiento y son insistentes en su interrogatorio”.

La Lic. en Obstetricia Ana V. Reino (ver entrevista 1 en anexo, que atiende en una zona rural de Catamarca, manifiesta que la mayoría de las mujeres se enteran [del climaterio] en la consulta. Presentan incontinencia urinaria, calores, dolores óseos, de cabeza. Cambios anímicos: mal humor, depresión. Para ellas es “algo natural” que les tenga que pasar. Lo transmiten de generación en generación. Son personas muy pobres, madres múltiples. Desde corta edad trabajan, cuidan a sus niños. No tienen tiempo para visitar al médico. Trabajan para comer y alimentar a sus hijos. Su vida se basa en eso.

Dado que los profesionales interrogados llevaban a cabo su actividad profesional en distintas partes del país, fue notable la diferencia en la construcción de la subjetividad de varones y mujeres en cada nivel sociocultural.

Decadencia

Son sinónimos de esta palabra: retroceso, ocaso, declinación, descenso, crepúsculo. La mujer que pierde, por la menopausia, el eje protagónico de su existencia depositado en la función maternal es despojada del máximo galardón que sostiene su persona y lo experimenta como un derrumbe. Fernández (12) lo plantea así: “la producción y reproducción de un universo de significaciones imaginarias constitutivo de lo femenino y lo masculino moderno que forman parte no sólo de los valores de la sociedad sino también de la subjetividad de hombres y mujeres”.

El Ginecólogo Dr. José Sotano (ver entrevista 3 en anexo) expresó en su entrevista que “en algunas mujeres, marca una etapa, es algo complicado. Es algo diferente de lo que vivían en otra época. Algunas asumen que menopausia y vejez es lo mismo”.

Paradójicamente, un ginecólogo de la localidad de Hernando, provincia de Córdoba, Dr. Elisardo Dávila (ver entrevista 2 en anexo), dijo en su entrevista que para las mujeres que él atendía, el climaterio representaba “comenzar una nueva etapa de su vida: estar de la mejor manera posible. Mantenerse útiles desde el lugar que les toca vivir. Esto está ligado a lo sociocultural.”

Esto coincide con la entrevista realizada al ginecólogo Dr. Enrique Wolenweider, de Río Cuarto, (ver entrevista 4 en anexo) quien manifestó que el climaterio para las mujeres que él atendía era: “Bien aceptado. Normal. Es una parte más de la vida. No reniegan de su nueva condición”.

Declinación

Son sinónimos: caída, declive, cuesta, repecho, pendiente. Fue una mujer quien lo expresó. Parece que únicamente se hizo referencia a la transformación del cuerpo (menor potencia, envejecimiento), y además al cese de la función reproductora en la mujer; no se tuvo en cuenta la experiencia en ese tiempo de la vida, ni la sabiduría ganada a través del tiempo.

La Lic. en Psicología Cristina Jacobo (ver entrevista 10 en anexo) expresó con respecto al climaterio que es un “proceso de transición. Finalización del período

reproductivo. Cambios en el cuerpo, en lo emocional, en el entorno social. Emocionalmente, significa una crisis vital. Cada ser humano lo transita según la estructura de personalidad que posee.” Asimismo, el Psiquiatra Dr. Pablo Cortés (ver entrevista 11 en anexo) expresó en su entrevista que era un “momento de manifestación de depresiones, trastornos de ansiedad”.

Disminución

En este caso, fue manifestado por un varón y estuvo referido a la respuesta sexual. A veces, el envejecimiento constituye una desvalorización social, una carencia frente a la juventud. En particular, hizo referencia a los cambios corporales: a la potencia, a la tonicidad muscular, a la fuerza, al color del cabello, a las arrugas. Los varones hicieron alusión a su potencial sexual.

Por su parte Alizade (21), como ya se trató en el marco teórico, manifiesta que la masculinidad se constituye en formas de sentir, de actuar, de pensar, en un contexto determinado. La masculinidad tiene que ver con el hacer, producir, tener, adquirir.

En síntesis, la masculinidad fue entendida como un conjunto de actitudes del género masculino que culturalmente resalta en un varón sus cualidades viriles como semental o macho dominante frente a otro. Se refiere a los comportamientos y formas que dentro de una cultura se asocian con los varones. Es importante separar su definición de la concepción sexual que se da por el sistema reproductivo, ya que la masculinidad se refiere a una combinación de rasgos culturales y biológicos.

La Dra. Teresa Juárez, endocrinóloga, en distintos momentos de su entrevista manifestó:

“Ellos hablan de una apatía del deseo. En realidad, cuando yo los evalúo ellos hablan de la erección, o pérdida de la fuerza de la erección. Surge de la historia clínica que ellos tienen una situación psicosocial, que coincide con esto y que lo relacionan con la edad. Pero en realidad, tiene que ver con otras cosas. Los varones lo relacionan con que están pasando una situación laboral, económica, y que en realidad están muy tensos y que no pueden expresarse. Que llegan a la casa y que no pueden, que tienen una pérdida de la erección fácil. Que tienen cambios del humor. Esta pérdida del humor les trae trastornos con los demás. Pero... que me acuerde, no tengo tanto hombres como mujeres: no hablan de calores ni de trastornos del sueño. Hablan de que todos tienen algún conflicto social, y hacen una correlación con la pérdida del deseo.” (ver entrevista 9 en anexo)

Además, la Dra. Juárez hizo referencia a que en su consultorio, cuando pide dosajes hormonales a los varones, “los médicos auditores de mutuales les hacen alguna observación peyorativa a sus consultantes hombres que los intranquiliza y no hacen los estudios. Entonces, ellos consultan y luego dicen: algo me está pasando. Luego, no hacen el chequeo correspondiente porque el médico auditor les hizo una observación que no los hizo sentir cómodos”.

El Dr. Isaías Gasparotti, sexólogo, en su entrevista (ver entrevista 8 en anexo) manifestó que la llegada del climaterio (menopausia mediante en las mujeres) es vivida en forma diferente por varones y mujeres: “...para el varón el climaterio se visualiza con sentido de catástrofe”. Para colmo al varón, su signo de virilidad (la erección) se le nota... y a la mujer no se le nota”.

No todos los varones viven ni valoran del mismo modo los esquemas de masculinidad hegemónica, pero todos los conocen. Todos han sido, de uno u otro modo, socializados dentro de este modelo. Las mujeres también los conocen, y muchas esperan que los varones realmente se comporten siguiendo este paradigma; crían a sus hijos varones de acuerdo con este esquema y critican a sus compañeros si no alcanzan a cumplir con lo que se espera de ellos. En pocas palabras: varones y mujeres participan en la construcción de la masculinidad como una posición privilegiada. Ellos y ellas colaboran en la creación de esta sensación generalizada de que “ser varón es importante”. (14)

Edad

Son sinónimos trecho, tiempo, duración, era. Ana Freixas (34), como lo señalamos en marco teórico, habla del prejuicio cultural hacia las personas que son mayores, por el solo hecho de serlo. Ella lo denominó “edadismo” e incluye todas las conductas, sentimientos y actitudes de rechazo o desagrado que mostramos hacia las personas de cualquier sexo que no son jóvenes. Vida, tiempo y cambio se alimentan recíprocamente: en las crisis vitales de la edad adulta (climaterio femenino y masculino) se toman en cuenta cambios biológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales. En particular, los mitos, las fantasías y ansiedades que surgen están referidos a la salud, al envejecimiento del propio cuerpo, temor a perder el status social. Este proceso de integrar su realidad biopsicosocial genera en el sujeto miedo al cambio. Luego se produce una crisis, y surge una nueva posición en su propia existencia.

La Dra. Bertazzo afirmó que “Las mujeres que lo aceptan (al climaterio) como el paso del tiempo, lo toman como un período normal. Continúan proyectos, emprenden nuevos: hacen dieta, gimnasia, empiezan a estudiar o continúan perfeccionándose. Algunas aceptan su abuelazgo complacidas. Otras no quieren reconocer el paso del tiempo y se hacen cirugías estéticas para evitar que se noten huellas en el cuerpo. Desestabiliza la muerte de la pareja. Sensación subjetiva de imposibilidad de comenzar una nueva relación. Duelo. Partida de los hijos: estudio, casamiento, emigran a otras provincias o países.”

La Lic. Cristina Jacobo (ver entrevista 10 en anexo) manifestó que es la etapa de la “realización de proyectos postergados, la apertura a experiencias nuevas, afianzamiento de redes afectivas, disfrute de lo logrado”.

Enfermedad

José Mainetti (99) afirma que “el debate en torno al lugar de los valores en la definición de salud y enfermedad es todo menos un ejercicio de ocio filosófico sin consecuencias sobre la realidad”. La naturaleza de la medicina y la atención de la salud dependen de esos conceptos-valores.

Mirta Videla agrega que estar sano no es solamente no estar enfermo. La salud en la mitad de la vida esta ligada con lo que cada uno piensa del “estar bien”, lo que los expertos llaman “bienestar” condicionado por la vida personal, el lugar y la época en que se vive. Muy cerca de salud/enfermedad está el concepto de prevención, que significa poner en marcha los recursos que cada uno posee para el cuidado de sí mismo. Los profesionales de la salud actuamos como facilitadores del reconocimiento de esos recursos.

La bioética plantea hoy la necesidad del consentimiento informado hacia los consultantes, que no son pasivos receptores de las decisiones médicas sino autónomos dueños de sus cuerpos y de su forma de vivir su vida.

Como se ha reiterado, el climaterio no es una enfermedad, sino una etapa evolutiva. Por eso la forma en que se ha vivido y lo que se ha hecho con el cuerpo se pondrá de manifiesto en la manera de atravesar ese momento de la vida.

Escalón

Trecho, grada, estribo, zanca, avance, adelante. Un período de crisis aguarda al ser humano cuando debe enfrentarse con el envejecimiento y lo ineludible de la propia muerte;

período que entraña una nueva crisis de identidad. Transitar la vida es vivenciar los cambios. Los cambios hacen gozar o sufrir.

En su entrevista, la Lic. Jacobo (ver entrevista 10 en anexo) afirmó que se trata de “una crisis vital cuyo tránsito lo realiza cada ser humano según la estructura de personalidad que posee y la situación de vida que experimenta. Socialmente es muy dependiente de la valoración cultural de la mujer (u hombre) madura/o y de las aptitudes y recursos que posee la persona para enfrentar la crisis”.

Algunos autores [Pittman (7), Burín (4), Rodríguez (5), Coria (2)] denominan a esta fase particular como “crisis de la edad media de la vida”. Las referencias explícitas en relación con este período de la edad adulta toman en cuenta el factor biológico al cual supeditan las distintas alteraciones que se expresan en el plano a los futuros cambios determinados por el climaterio femenino y masculino. Sin embargo, la crisis de la edad adulta abarca mucho más que síntomas o consecuencias de esa alternativa fisiológica.

El concepto de crisis, por un lado, conlleva la idea de ruptura de un equilibrio anterior; por otro, comprende la posibilidad de ubicarse como sujeto activo, reconstruyendo el nuevo estado. (4)

Etapas de la mujer

El significado otorgado para varones y mujeres sobre el climaterio es una construcción social y cultural de acuerdo a su contexto histórico, económico y político. Se pudo observar que mientras el climaterio femenino fue sobrevalorado, el climaterio masculino fue disimulado por algunos y, por otros, se desconoció. El climaterio femenino fue visualizado con escasa diferencia a una dificultad; mientras que el climaterio masculino quedó casi invisible desde una perspectiva de género.

La Dra. Juárez, (ver entrevista 9 en anexo) manifestó haciendo referencia al climaterio masculino que: “a veces se los observa que están asustados. Que para ellos implica un deterioro, una pérdida. No saben qué significa eso”. El Dr. Saurina (ver entrevista 7 en anexo) agregó que “los varones expresan temor a envejecer (declinar en las funciones sexuales)”.

Hiperactividad

Máxima diligencia, prontitud, acción, rapidez, movimiento, dinamismo, impaciencia. El sujeto en climaterio se enfrenta con un verdadero duelo por cosas y

situaciones que no volverá a tener. El proceso de la identidad es complicado y laborioso, puesto que intenta reunir actitudes, creencias y conductas incorporadas en distintas etapas de la vida en un haz único, integrado. Esta identidad será individual y le permitirá al sujeto ser reconocido por sí mismo, como por otros en las distintas relaciones interpersonales.

En particular, el climaterio es la etapa donde se vivencia el duelo por diferentes pérdidas: por los años de juventud que quedaron atrás y no se recuperarán, por las posibilidades frustradas, por lo ambicionado, por lo no alcanzado, por el tiempo perdido. A veces, este sentimiento depresivo no es tolerado; se busca, por el contrario, la actividad intensa, el placer y el triunfo fácil.

La Dra. Juárez (ver entrevista 9 en anexo) expresó: “lo relacionan con la situación laboral, económica. Llegan a la casa y se sienten irritables, tensos y que no pueden expresarse, tienen cambios de humor, les trae trastornos con los demás”.

Hombre

Sujeto del género masculino. Sinónimos: varón, individuo, mortal, prójimo, semejante. Esta respuesta fue dada por un varón que quizás haya podido tener claro que el climaterio es un ciclo evolutivo que ocurre también en ellos. Asociado a andropausia-climaterio masculino.

Como expresamos en el marco teórico, varios autores coinciden que el modelo masculino tradicional se apoya en dos elementos esenciales que configuran un perfil psicológico. Por un lado, la restricción emocional (consiste en no hablar acerca de los propios sentimientos, especialmente con otros hombres). Por otro, la obsesión por logros y éxitos (la socialización masculina se apoya en el mito del “ganador”. Esto implica estar en un permanente estado de alerta y competición). Estas dos características básicas se traducen en un estilo de relación con el mundo, que Bonino (60) caracteriza: A) Conducta afectiva y sexual restringida. B) Actitudes basadas en modelos de control, poder y competencia. C) Dificultades para el cuidado de la salud: no perciben signos de alarma corporal. D) Negación –ante sí mismos y ante los demás– de que algo los aqueja. E) Postergación del afrontamiento del malestar, que cuando se percibe (especialmente el dolor) es vivido como amenaza incontrolable de su vida. F) Retardo de cualquier pedido de ayuda o consulta. Son vividos como fracaso de la autosuficiencia. G) Negación del rol de enfermo, porque supone para ellos pasividad, feminización. En consecuencia, es una amenaza a la identidad. H) Reticencia a las maniobras e indicaciones médicas (extracción de sangre, ingestión de

medicamentos, consejos, opiniones, etc.) porque sienten que se tornan pasivos. I) Abandono precoz y frecuente de los tratamientos, para recobrar rápido el “bastarse a sí mismo”. J) Relación con los profesionales: por un lado, con los varones, de estilo confrontativo o de sometimiento; por otro, con las mujeres, de estilo desautorizante, lo que dificulta el buen desarrollo de la consulta.

Además, algunos varones afrontan de modo disfuncional la interacción con las personas allegadas. A saber: depositan en las mujeres la responsabilidad del cuidado de su propia salud y la resolución de lo emocional. Así, se transforman en dependientes de ellas en esta cuestión, y las convierten en sus “cuidadoras” del niño despótico, confuso o asustado que se manifiesta en esa situación. Tienden a minimizar el daño que provocan con sus comportamientos. Si enferman otros integrantes de la familia –especialmente las parejas–, suelen alejarse y/o mostrar su discapacidad para el cuidado. Por el contrario, suelen preocuparse más por la situación personal que por la ajena.

En el marco de una sociedad patriarcal, el varón se ve impulsado a construir su identidad por la negativa, evitando todo lo que es culturalmente definido como “femenino”.

Incógnita

Secreto, enigma, silencio, misterio. Palabra cargada de desconocimiento. Sobre el climaterio se han construido mitos. Rodríguez (5) ha trabajado en su libro sobre la menopausia y los cambios producidos durante el climaterio, pero también de las modificaciones por las que históricamente atravesó dicho concepto, los mitos que lo rodearon y aún lo envuelven, controversias y múltiples abordajes discutidos entre los profesionales de la salud. La autora propone la deconstrucción de los mitos relativos al climaterio y la construcción de una genuina identidad.

El psiquiatra Dr. Cortés (ver entrevista 11 en anexo) manifestó respecto a lo anterior: “Hay temores: proceso hormonal, capacidades sexuales, angustia de no tener más hijos, sentimientos de culpa en aquella que no fue madre, disminución de la autoestima, sentimiento de fracaso existencial con mucha angustia. Fantasía de anulación de la sexualidad.”

Lo mismo que les pasa a las mujeres

Fueron varones los que se manifestaron de esta manera, posiblemente haciendo referencia al aspecto psicológico. Sabemos que desde el punto de vista biológico es

diferente la declinación hormonal del varón. Apareció un mecanismo de evitación al hablar “de lo que les pasa a los mujeres”. Les genera temor y vergüenza hablar del envejecimiento, pero sobre todo de la declinación en las respuestas sexuales. La endocrinóloga Dra. Teresa Juárez expresó: “Las mujeres están despreocupadas por su sexualidad. Mientras que para los varones, es el motivo de su consulta. Los veo muy exigidos a los varones. Es una cuestión cultural. Se estresa más por lo sexual el varón que la mujer”.

Lo que nos pasa a nosotras

Esta idea fue dicha por varias mujeres. No puede designar lo que sucede. No puede nombrar al propio climaterio femenino. Si bien cada mujer vive la experiencia de su climaterio de una manera que le es propia, esta representación pudo asociarse con el temor y la vergüenza de lo que significa “la pérdida de la condición de reproductora”. Lo anterior explica cómo la sociedad categoriza a las personas asignándoles atributos de acuerdo a determinados estereotipos. La persona con un atributo desacreditador será socialmente estigmatizada (98).

Lo confirmó en la entrevista el psiquiatra Dr. Cortés (ver entrevista 11 en anexo), cuando manifestó respecto a los proyectos de vida en el climaterio que “en las mujeres, influye la maternidad. Si pudo ser o no. Si hubo decisión de serlo”.

Maternidad

Término trabajado en el marco teórico. El climaterio está asociado a la falta de capacidad biológica en ese período para gestar. Fernández (12), en su estudio sobre los mitos de la maternidad, manifiesta que nuestra sociedad organiza el universo de significaciones en relación con la maternidad (“la esencia de la mujer es ser madre”) y agrega que es importante que se diferencie “reproducción” de “maternidad”. La reproducción hace referencia al orden de la especie; la maternidad entra en el orden de la cultura, de lo social, de lo afectivo.

La femineidad se asocia con el aspecto maternal de una mujer y con su capacidad de espera. Está vinculada al ser, al estar ahí, presente, dispuesta, firme. En la femineidad reside un enorme poder. Según Alizade (21), la noción de femineidad, ligada casi en exclusivo a la capacidad de engendrar y al cuidado de la vida humana, es una construcción cultural. La reproducción de los organismos es un hecho biológico que se localiza en el

cuerpo de la mujer. Si bien se trata de un fenómeno biológico, tiene connotaciones afectivas importantes dado que ha contribuido a la subordinación histórica de las mujeres.

En cuanto a la maternidad, es necesario para un abordaje comprensible incluir ciertos aspectos subjetivos que constituyen una poderosa fuerza de acción o identificación de las prácticas maternas. En particular, entran en juego fuerzas sociales que operan en la subjetividad de las mujeres, y que podrían ser analizadas a través de lo que aquí se denominan “mitos sociales de la maternidad”. Es decir, todo lo que hace que una mujer sea “buena o mala madre”.

El Dr. Cortés (ver entrevista 11 en anexo) expresó que es un “momento de manifestación de depresiones, trastornos de ansiedad”. Sobre el mismo tema se pronuncia la Lic. Jacobo (ver entrevista 10 en anexo), afirmando que “cada ser humano lo transita [al climaterio] según la estructura de personalidad que posee”.

Madre grande

Nuevamente apareció la ecuación Mujer = Madre. Ser mujer (para esta persona) era sinónimo de madre. Asociada la menstruación únicamente a la capacidad reproductiva, uno de los mitos, según Rodríguez (5), es que “una mujer sin hijos no se realiza en la vida”. Otro es “la menopausia representa la muerte de la mujer dentro de la mujer”.

La noción de femineidad, sujeta casi sólo a la capacidad femenina (reproductiva) de engendrar y, además, cuidar la vida humana, es una construcción social que ha “favorecido” a la subordinación histórica de las mujeres. Gracias a esta construcción, la experiencia de la maternidad es central en la vida de muchas mujeres (no de todas) como punto de anclaje de identidad y de reconocimiento. Así pues, el maternaje como ejercicio tiene profundas implicaciones en las relaciones familiares, en la construcción de ciudadanía, y en su propia subjetividad.

La Ginecóloga Bertazzo (ver entrevista 1 en anexo) manifestó que algunas mujeres se deprimían por la pérdida de la capacidad de procreación. En cambio, otras, al perder la capacidad reproductiva sentían alivio, disfrutaban de la desaparición de la menstruación. Así, las que lo aceptaban como el paso del tiempo, lo tomaron como un período normal. Cada sujeto, mujer o varón, vive el climaterio según su propia historia vital.

Mitad de la vida

La expectativa de vida es la media de la cantidad de años que vive una cierta población en un cierto periodo de tiempo. Se suele dividir en masculina y femenina, y se ve influenciada por diferentes factores (la calidad de vida, la medicina, la higiene, las guerras, etc.). Si tenemos en cuenta que en nuestra provincia la expectativa de vida al nacer total es de 74,9 años (mujeres 78,71 y varones 71,08) (INDEC, 2001) (100), a la edad que comienza el climaterio –próximo a los 40 años– se infiere que se está aproximadamente en la mitad de su existencia.

La Lic. Jacobo (ver entrevista¹⁰ en anexo) manifestó sobre el climaterio que era una “etapa donde los hijos se alejan de la pareja. Hay mayor tiempo de ocio. Hacen una vida más saludable, dedicándose más a aquellas cosas que quedaron por hacer en otras épocas. Hacen proyectos”.

Merma

Esta palabra fue asociada por los varones. Los sinónimos son menoscabo, mengua, disminución, pérdida, quebranto. En algunos hombres se puede presentar una disminución en el deseo sexual (libido) y las respuestas sexuales pueden ser más lentas y menos intensas. A veces, esto es por causa de la disminución en el nivel de testosterona, aunque también puede ser el resultado de cambios sociales o psicológicos (compañía, educación, adaptación a las exigencias, grado de satisfacción y conformidad) relacionado con el envejecimiento, enfermedades, problemas de salud crónicos y medicamentos. (35)

El proceso de envejecimiento no impide que un varón pueda disfrutar de su sexualidad en plenitud, siempre que el sujeto se acomode a su realidad.

Diamond (37) manifiesta que los varones en esa etapa se sienten atraídos por recuperar tiempos de logros (económicos, sociales, íntimos). Kusnetzoff (35) señala como características el miedo a envejecer, la sensación de no haber alcanzado las metas propuestas, la necesidad de aferrarse a la fantasía de la juventud como época ideal. Además, “el miedo más o menos explícito a perder la virilidad, a ser considerado impotente” es una de las dificultades que presentan en esta etapa los varones.

Hay que hacer notar que esta representación es exclusivamente de los varones encuestados. Tiene que ver con la idea de que el hombre en edad reproductiva es como un “semental” (representación antagónica y complementaria a la de mujer = madre). En el plano masculino, la merma significa que decae la capacidad reproductiva. Badinter (9), por

su parte, manifiesta que el “hombre debe hacerse”. La identidad masculina se construye por oposición a lo femenino.

El vínculo primario madre-hijo, en el contexto de la sociedad industrial y patriarcal, se vuelve excluyente si se considera que la mayoría de los autores se detienen a analizar casi exclusivamente las características del vínculo materno-filial, e ignoran casi por completo la figura del padre, a quien le adjudican un rol regulador en momentos posteriores del desarrollo evolutivo del niño. Dado que el vínculo primario del varón es con una mujer (su madre o sustituto mujer, generalmente), el proceso psicológico según el cual se construye la identidad masculina gira alrededor del eje separación-diferenciación. Luego, para “llegar a ser” varón se realiza un largo trabajo de represión de las identificaciones femeninas iniciales y se pugna por demostrar al mundo androcéntrico y homofóbico que el varón no se parece a una mujer ni a un homosexual. (3)

Menos relaciones sexuales

En el caso particular de estas personas representó una disminución del deseo propio o el de su pareja, y en consecuencia hubo menor frecuencia en los encuentros sexuales.

Los trastornos genitourinarios afectan sensiblemente la autoestima y pueden provocar la disminución de la libido. (5)

Bonino (60) expresa que desde la temprana infancia se aprende que “un verdadero hombre tiene que mostrarse seguro de sí mismo, competitivo, ganador”. Se naturaliza que ese condicionamiento tiene prohibiciones para un varón: no fracasar, no mostrarse débil, temeroso o inseguro. Ese modelo de masculinidad ha sido transmitido de generación en generación y pocas veces se somete a reflexión.

La conclusión de Gilmore (19) en sus estudios antropológicos sobre cómo la gente de diferentes culturas concibe y experimenta la masculinidad, es que “la virilidad es un guión simbólico, una construcción cultural, con un sinfín de variantes, y no siempre necesario”.

Vale la pena decir que la verdadera virilidad es distinta de la simple masculinidad anatómica. No es una condición natural que se produce espontáneamente por una maduración biológica: es un estado precario o artificial que los varones deben conquistar.

Como lo mencionamos en el marco teórico, Bleichmar (18) hace referencia a la “iniciación” de esta construcción de “hacerse hombres” en diversas culturas con ciertos

rituales (Por ejemplo, en la cultura judía, el Bar Mitzvah, ahora extendido también a las mujeres). O formas no ritualizadas, como procesos de convalidación (la iniciación en la sexualidad).

El Dr. Aldo Carignano, (ver entrevista 6 en anexo) afirmó que existe “en varones y mujeres temor a perder el deseo sexual; necesidad de sentirse y permanecer atractiva/o; temor a un desequilibrio psicológico”.

Menos

Algunos sinónimos son escasez, carencia, falta, ausencia. Pareciera que hace referencia a la sexualidad.

Por su parte, Kusnetzoff (35) alude a que el varón entre los 40 y 45 años pasa por una crisis de la “edad media de la vida”, y alrededor de los 55-60 años surgen otras movilizaciones internas como consecuencias del temor a “envejecer”. Agrega que “la crisis de los 40” puede variar en sus manifestaciones pero, en general, se observa preocupación por la vejez. La crisis de la mitad de la vida, en algunos varones, se percibe como pérdida y se manifiesta con tristeza, abatimiento, irritabilidad y mal humor. En resumen, las modificaciones hormonales generan cambios que dependerán de cada varón, si puede aceptarlos y sentirse protagonista de lo inevitable, lo inexorable.

La disfunción eréctil suele preocupar a los hombres que envejecen. Es normal que las erecciones se presenten con menor frecuencia en esa etapa evolutiva. Los varones de edad tienen menor capacidad para experimentar eyaculaciones repetitivas. Sin embargo, la disfunción eréctil es, con frecuencia, el resultado de un problema orgánico o psicológico y no el simple hecho de envejecer (38). El Dr. Saurina (ver entrevista 7 en anexo), en la misma línea, hizo referencia en su entrevista a la preocupación de los varones por la disminución del deseo sexual. Coincide con la entrevista del Dr. Gasparotti, (ver entrevista 8 en anexo) cuando manifiesta que en los varones es evidente dicha preocupación.

Menopausia del hombre

Diamond (37) habla de menopausia masculina. Aunque ya expresamos que su denominación correcta es “climaterio masculino”, porque la declinación hormonal es gradual y no hay un cese abrupto, como en la menopausia femenina. En la propia representación autorreferencial de los hombres hay una carga de género importante. Al

hablar sobre el climaterio masculino, se introduce la mujer como un par conceptual antagónico ineludible para su comprensión.

El Dr. Saurina (ver entrevista 7 en anexo) manifestó síntomas que se producen en algunos varones y son similares a los malestares que presentan algunas mujeres: “disminución de la libido, piel genital más seca y menos congestiva, erección más tardía, menor secreción pre-eyaculatoria, menor emisión seminal, período refractario más prolongado, trastornos eyaculatorios, anorgasmias. En algunas personas hay síntomas genito-urinarios (incontinencia de orina, urgencia miccional, disminución de la fuerza y calibre miccional, trastornos prostáticos). Además, hay alternaciones generales: disminución de la resistencia ósea, trastornos de la masa muscular con disminución de la elasticidad, aumento de la grasa abdominal prepúbica. Pérdida del cabello y del vello corporal. Hay trastornos en la atención, pensamiento, memoria, alteraciones en el sueño, irritabilidad, trastornos visuales. Hay enfermedades que acentúan la andropausia: trastornos vasculares, hipertensión arterial, diabetes, hipotiroidismo, obesidad, trastornos psicológicos, depresión, fobias, ansiedad.”

Menopausia

Es un momento del climaterio (perimenopausia-menopausia-postmenopausia). En el capítulo 2 del marco teórico se ha tratado el tema en profundidad. En particular, nombrado de esa manera, parece un mecanismo de defensa. Lo racional no deja sentir lo emocional: es decir, lo que perciben en ese momento de su vida.

Mujer

Palabra asociada al climaterio femenino, a menopausia. En palabras de Burin (3) (4), se puede definir la subjetividad en un sentido constructivista como “quien voy siendo”. Cuando una mujer está instalada en posición femenina, irradia elementos de atractivo para la vida: es un ser que da, se entrega, acepta. En nuestra cultura occidental, la palabra climaterio se toma con cierto desconocimiento, y también con prejuicio. Los varones y mujeres viven esta etapa en silencio y soledad.

Con frecuencia, al enunciar que una mujer no tiene función reproductiva, las palabras “menopausia” y “climaterio” son utilizadas como expresiones peyorativas. En el varón no sucede lo mismo. Asimismo, se construyen las nociones femeninas y masculinas dentro de una lógica binaria: pasividad-actividad, intuición-razón, debilidad-fortaleza,

dependencia-independencia. Luego, estas polaridades instituyen una representación jerárquica. (5)

La historia de las mujeres está determinada por “formas de ser en femenino” instituidas en la sociedad, y por la condición biológica de pertenecer a la especie sexuada hembra humana. (39)

Desde tiempos remotos la mujer se reveló como el sostén de los misterios de la vida y de la muerte. En sus cambios corporales (sangrantes) se oculta el enigma de la creación. El cuerpo femenino ha sido objeto de un temor irracional, dando lugar a numerosos tabúes. Con el advenimiento de la ciencia, el pensamiento mítico se lo toma como producto de fantasías o supersticiones. Sin embargo, la comprensión de una categoría singular nos permite articular la trama simbólica en que se inscribe el sangrado femenino (por presencia o ausencia). (39)

En otras épocas, se creía que una vez terminada la etapa en que la mujer puede procrear, los únicos caminos que le quedaban eran la soledad, la enfermedad y la espera de la muerte. Entonces, no quedaba lugar en este modelo para la sexualidad, ni para cualquier actividad que implicara pasión o placer.

Si bien estos modelos en nuestra sociedad están considerados racionalmente caducos, no obstante, a veces, desde la representación en la vida cotidiana, se naturalizan los viejos mitos.

No poder mantener relaciones

Por lo que se refiere a la capacidad de placer erótico, Singer Kaplan (24) manifiesta que se inicia con el nacimiento y no tiene por qué desaparecer hasta la muerte. Sin embargo, la edad modela la dimensión biológica de nuestra sexualidad de una forma importante, de tal manera que la intensidad y calidad de la respuesta sexual varían considerablemente en cada etapa evolutiva. Los efectos de la edad sobre la sexualidad son un paradigma del complejo juego entre determinantes físicos y psicológicos. Hay ciertos cambios biológicos vinculados a la edad que son universales, pero las respuestas de los individuos difieren entre sí.

En relación con lo anterior, comentó la Dra. Juárez (ver entrevista 9 en anexo) que “no todas las mujeres tienen una relación del todo plácida respecto a la sexualidad. No tienen deseos de tener vida sexual”.

Otoño-Otoño de la vida

El otoño es la *estación de las cosechas*. En literatura, el otoño, en sentido figurado, representa la vejez. Durante el otoño, las hojas de los árboles caducos cambian y su color verde se vuelve amarillento y amarronado, hasta que se secan y caen ayudadas por el viento que sopla con mayor fuerza. Desde esta estación la temperatura comienza a ser un poco fría.

Psicológicamente, Videla (25) lo expresa cuando dice que las personas al llegar “al otoño de la vida” con frecuencia padecen profundas crisis, porque se viven inmersos en un mundo de vanidades, con calificación magnificada de la belleza física y de todos los valores inherentes a la juventud. Se duda en esa etapa entre el valor de la riqueza de la experiencia de vida, de la sabiduría o la carrera desesperada contra el transcurso del tiempo. No siempre se asume que cuando se deja de atraer con lo exterior, nos queda la posibilidad de hacerlo con lo que hemos logrado ser desde dentro.

Cristina Jacobo habló del climaterio como una “etapa de sensaciones subjetivas, de diversidad de manifestaciones biológicas: disminución de estrógenos en la mujer, disminución de andrógenos en el varón. Sudoración, calor, fatiga, irritabilidad. Cambios metabólicos, cardiovasculares”. Sin embargo, agrega que “no todas las personas manifiestan necesariamente todos los síntomas asociados al climaterio; emocionalmente significa una crisis vital. Cada ser humano lo transita según la estructura de personalidad que posee. Socialmente: vinculado a la valoración cultural de hombres y mujeres a la edad madura y de las aptitudes y recursos que poseen para enfrentar la crisis”.

Agregó Jacobo (ver entrevista 10 en anexo) que “algunos varones desconocen intelectualmente que exista el climaterio masculino. Es la época de actualización máxima de potencialidades profesionales y personales. Además, es la etapa de sabiduría: sabe dónde situarse en los diferentes ámbitos de la vida. Se torna selectiva/o y replantea proyectos de vida. Elaboración de duelos. Cambios de rol familiar. Independencia de hijos. Acompañamiento con respecto a proyectos de vida. Acompañamiento de padres mayores. Experiencia si hay presencia de tener nietos. Reencuentro con la pareja. Cambio de pareja. Asumir no compartir con nadie. Mayor libertad. Autonomía de pensamiento. Valores afianzados”.

Parte del ser humano

Esta conceptualización sintió el climaterio como una etapa evolutiva universal del ser. Gasparotti (ver entrevista 8 en anexo) afirmó: “depende de la dosis de vulnerabilidad que tolere y de lo resiliente que sea”. Será de la manera que atravesará ese momento de su vida. Lo naturaliza, no le da demasiada importancia.

Pronta vejez

Para algunas mujeres, la etapa del climaterio es una de las crisis vitales temidas. La aceptación implica una actitud que tiende a reconocer que las condiciones cambiaron y por lo tanto las situaciones dejaron de ser como eran antes. No obstante, no es suficiente para tomar posesión de los cambios. El acompañamiento es la actitud que permite transitar el cambio e ir asumiendo un devenir que aún no está definido. (2)

El estudio de la vejez durante muchas décadas fue abordado desde una perspectiva centrada en el derrumbe, en la decadencia y en la decrepitud. Todavía hoy, la vinculación entre vejez y conceptos tales como enfermedad o dependencia forman parte del conjunto de prejuicios que la acompañan. Videla, (25) por ejemplo, habla de “pánico a la senilidad”.

En nuestra sociedad no se nos prepara para vivir en la adultez, sino para vivir en una “eterna juventud”. El acercarse a la mitad de la vida, para algunas mujeres, significa que el período fértil esta llegando a su fin y que toman conciencia de la finitud del tiempo y que han vivido más tiempo del que les resta vivir.

El envejecimiento individual es el conjunto de situaciones que enfrenta cada persona a medida que avanza su edad. En la actualidad es significativo señalar que la etapa de la vejez, día a día, abarca mayor cantidad de años.

El número de personas mayores y su proporción respecto al conjunto de la población constituye un aspecto característico de las sociedades de hoy, junto al aumento significativo de la expectativa de vida. El significado que le otorgan al climaterio es que de manera inmediata se aproxima la vejez.

Hay que hacer notar que la etapa del climaterio no depende sólo de los cambios producidos por trastornos hormonales en sí, sino del modo en que la mujer enfrentó su pasado: su menarca, sus relaciones amorosas, su maternidad y lactancia. Además, depende de la manera en que la sociedad acepta la idea de la vejez y su implacable relación con la muerte. (41)

La Dra. Bertazzo (ver entrevista 1 en anexo) afirmó que sus consultantes

Continúan proyectos, emprenden nuevos: hacen dieta, gimnasia, empiezan a estudiar o prosiguen perfeccionándose. Algunas mujeres continúan su vida con los pequeños o grandes proyectos sin que esta etapa les modifique su accionar. En las personas con mayor instrucción, hacen referencia a que pierden la capacidad de elaborar nuevos proyectos. Les queda poco tiempo.

El Dr. Dávila (ver entrevista 2 en anexo) manifestó que “la mayoría participa de ONGs, entidades de bien público, asociaciones benéficas y emprendimientos personales, talleres de arte, pintura, etc.”

La obstetra Reino (ver entrevista 5 en anexo), que trabajaba en una zona rural de Catamarca, manifestó que “las mujeres en la etapa del climaterio no hablan de los proyectos de vida, aunque viven hasta noventa o cien años”.

Sexo

Sólo un varón hizo referencia al climaterio con esta palabra, quien también lo asoció a las palabras *desregularización* y *disminución*. Seguramente se refirió a su sexualidad. Es decir, quizás su climaterio ha influido en su sexualidad. La Dra. Juárez (ver entrevista 9 en anexo) manifestó que “los varones hablan de la erección, o pérdida de la fuerza de la erección”.

SIDA

Sólo una persona relacionó el climaterio con una enfermedad de transmisión sexual: mujer, primario completo, sesenta años. Para ella, el climaterio también representó como ventajas el *estar quieta* y *no mantener más relaciones sexuales*. Quizás en ella estuvo presente la fantasía de enfermedad, el temor a la muerte.

Como ya dijimos, estar sano no es solamente no estar enfermo. Eynard (101) manifiesta que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hace referencia a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Al mismo tiempo, manifiesta que la misma organización hace referencia a la “salud sentida” y la define como: “La interpretación que la persona hace de sus experiencias de salud y de sus estados precarios de salud en el contexto de la vida diaria. Este juicio se basa por lo general en la información y los conocimientos disponibles, modificados por las experiencias previas y las normas sociales y culturales.”

Salud en la mitad de la vida de un varón o de una mujer, está ligada también con lo que cada uno piensa del “estar bien”, o sea el bienestar, condicionado por la vida personal, el tiempo, el lugar que vive, incluyendo su relación con su cuerpo, su mente y sus redes sociales.

La manera como cada sujeto ha vivido lo pondrá de manifiesto en la modalidad de atravesar esa etapa evolutiva. El estilo de vida incluye una serie de modalidades no exhaustivas: el trabajo, las relaciones sociales, la sexualidad, la alimentación, el descanso, los tóxicos que se ingieren, el tiempo de ocio, el sueño, las actividades corporales, entre otras.

Volverse nervioso

Algunas personas manifiestan estar más sensibles en esta etapa. Asimismo, es una alteración emocional cuyos síntomas más frecuentes son: irritabilidad, impaciencia e inquietud, trastornos del sueño, sensación de fatiga, dolor de cabeza e, incluso, trastornos alimentarios.

En particular, se trata de una reacción psicológica ante situaciones concretas de la vida cotidiana que causan preocupación o impaciencia a causa de conflictos personales, familiares o laborales. Además, existen causas (orgánicas) que pueden ocasionar un estado de ansiedad.

La ansiedad sufrida por la mujer está relacionada con los reconocidos cambios neurobiológicos y psico-sociales que se presentan en esta etapa de la vida. La ansiedad de la mujer en climaterio puede interferir en diferentes escenarios de la vida, afectando el desempeño de su rutina cotidiana. Los niveles de ansiedad pueden no ser suficientes, dentro de la semiología psiquiátrica, para constituir diagnóstico de patología ansiosa; sin embargo las pacientes reconocen que el climaterio produce un malestar significativo, lo cual moviliza a la búsqueda de un tratamiento orientado a disminuir la presencia de los síntomas. La ausencia de menstruación ha sido considerada en distintos contextos, y su valoración –positiva o negativa– está influida por la percepción de cada sujeto en cada contexto.

Ferrer Barrientos et. al (32) afirman que en mujeres vulnerables hay una serie de desórdenes afectivos hormonodependientes, que ocurren en coincidencia con los momentos de cambios evolutivos y hormonales como la pubertad, período posparto, los días anteriores a la menstruación y también en la perimenopausia.

Las mujeres en perimenopausia con este tipo de desorden afectivo presentan, en su anamnesis, que su estado psicológico fue bueno durante el embarazo y que presentaron depresión posparto reactivada con el período premenstrual. Esta depresión cíclica empeora con la edad, llegando a su mayor severidad a los dos o tres años después de la menopausia. (32)

Algunas mujeres, durante el climaterio, consideran que se sienten perturbadas, o afirman una propensión a los trastornos de ansiedad. Varios autores, como Sánchez Borrego (26), Rodríguez (5), Coria (2) consideran a la irritabilidad como consecuencia de los cambios hormonales; no obstante, sólo debería suceder en los casos de menopausia quirúrgica, y no cuando ésta se produce de modo espontáneo, dado que el cambio hormonal es gradual y progresivo. Por cierto, se infiere que la menopausia sería menos penosa si durante esa etapa las mujeres pudiesen vivirla como una etapa evolutiva más, y no como sinónimo de vejez.

Lo anterior coincide con lo dicho por la Dra. Teresa Juárez, cuando manifestó que sus consultantes (varones y mujeres) expresaban

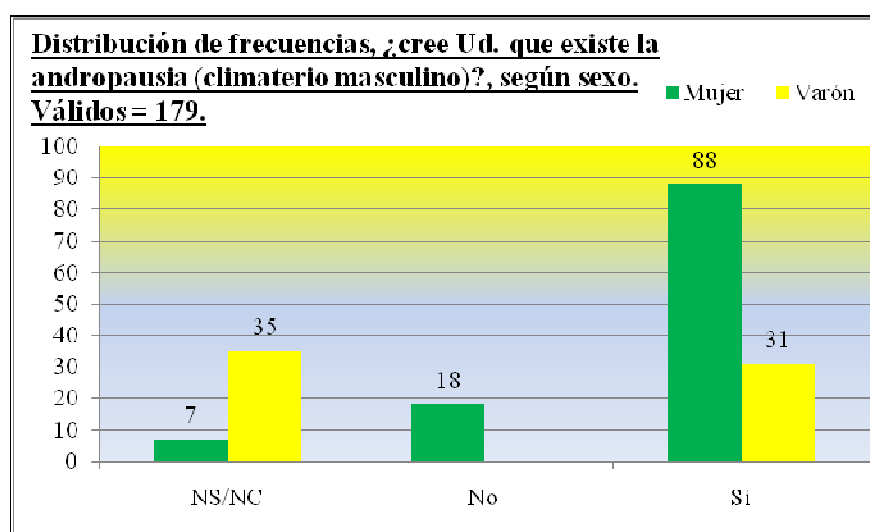
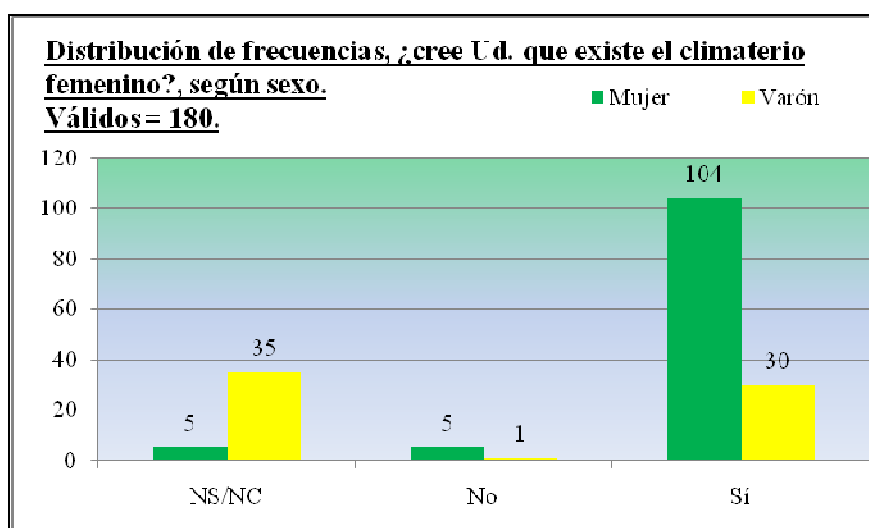
“Preocupación por no dormir bien. Se sienten más irritados. No saben si es porque han disminuido las horas de sueño, que cambia el humor. No consultan por pérdida del deseo sexual el varón (aunque después surge). El sueño y la irritabilidad es lo que más les preocupa. La relacionan con lo social. Las mujeres manifiestan el tema de los calores. El cambio de humor les ha alterado las relaciones con los demás. Intolerancia con los demás.”

Fue llamativo, en la situación de entrevista, que las personas que no sabían o no contestaban, hacían algún comentario verbal, pero no querían escribirlo. Manifestaron que percibieron cambios en el organismo al llegar a los 50 años. Sin embargo, les costó consultar al médico por estos síntomas. Fue notable cómo los varones se silenciaron a la hora de expresarse. Es decir, frente al 63,3% de respuestas de mujeres, hubo un 36,7% de respuestas masculinas. Coincide con las investigaciones de Diamond (37) cuando dice:

Tras haber intercambiado opiniones con centenares de varones, me di cuenta que eran muy pocos los que habían hablado con alguien, en alguna ocasión sobre estos cambios y lo deseosos que estaban de poder hacerlo. La mayoría de ellos se sintieron muy aliviados al saber que no eran los únicos que tenían que afrontar tan incómodas alteraciones. Una buena parte del sentimiento de culpabilidad y de vergüenza que abrigaban en sus corazones fue disolviéndose en el aire a medida que cada cual oía su propia historia en boca de los demás.

En el cruce de las variables: *existe el climaterio (masculino y femenino)* y *sexo* (ver tablas 23 y 24 en anexo), encontramos que fue similar el porcentaje de varones que afirmó la existencia del climaterio femenino (45,5% de los varones) y el masculino (47% de ellos). Fue igual el porcentaje de varones que NS/NC sobre climaterio femenino y sobre climaterio masculino (53% de los varones). Se destacó la inexistencia de varones que dijeran que no existía el climaterio masculino.

Por su parte, el 91,2% de las mujeres indicó que sí existía el climaterio femenino y el 77,9% de ellas dio una respuesta afirmativa cuando se le preguntó sobre la existencia del climaterio masculino. En base a lo anterior, observamos que las mujeres conocían más, tanto de su propio climaterio como del climaterio masculino.



Al analizar las variables *sexo* y *síntomas*, éstos se concentraron de la siguiente manera (ver tablas 25a-j sobre los síntomas en anexos):

a) **Bochornos, sudoración, calores:** NS/NC: 1,1% (2) mujeres y 0,6 % (1) varones. Manifestaron sentirlo: 35,8% (64) mujeres. Por otro lado, en el cruce de las variables *edad*, *síntoma* (bochornos, sudoración, calores) la mayor frecuencia (22) de mujeres se concentró en la franja etárea de 52 a 55 años. El 4,5% (8) varones padeció de calores (la mayor frecuencia (5) se ubicó en la franja etárea de más de 60 años). Por otro lado, no sentían o sintieron: 26,3 % (47) mujeres y 31,8% (57) varones. Fue semejante el número de mujeres que no tuvieron síntomas y las que lo padecieron.

b) **Molestias en el corazón:** NS/NC: 1,1% (2) mujeres y 0,6 % (1) varón; no sienten el 30,7% (55) mujeres y el 22,3% (40) varones y sí manifestaron: 31,3% (56) mujeres y el 14% (25) varones. En el cruce de las variables *edad*, *síntoma*, la mayor frecuencia (21) de mujeres se concentró en la franja etárea de 52 a 55 años. La mayor frecuencia (14) en varones lo hizo en la franja etárea de 60 años o más. Fue alto el número de varones que no sintieron molestias. En las mujeres, fue casi idéntico el número de las que padecieron molestias con las que no sintieron.

c) **Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco, se despierta con frecuencia):** NS/NC el 1,1% (2) de las mujeres y el 0,6% (1) varón; no sintieron este síntoma el 26,8% (48) mujeres y el 16,2% (29) varones y sí lo sintieron el 35,2% (63) mujeres y el 20,1% (36) varones. El cruce de la variable *edad* con este síntoma, indicó que la mayor frecuencia (24) de mujeres se concentró en la franja etárea de 52 a 55 años. Para los varones (19) esto sucedió en la franja etárea de 60 años o más.

d) **Molestias musculares y articulares:** NS/NC: 1,1% (2) mujeres y 0,6 % (1) varón; no lo sintieron: 21,8% (39) mujeres y 11,2% (20) varones y sí lo manifestaron: 40,2% (72) mujeres y 25,1% (45) varones. Fue elevado el número de varones y mujeres que padecieron este síntoma.

Al cruzarse la *edad* con este síntoma, se observó que la mayor frecuencia (24) de mujeres se concentró en la franja etárea de 48 a 60 años (incrementado notablemente entre

los 52-55 años); la mayor frecuencia (29) de varones lo hizo en la franja etárea de 60 años o más.

e) Estado de ánimo depresivo: NS/NC: 1,1% (2) mujeres y 0,6 % (1) varones; no lo sintieron 35,2% (63) mujeres y 24,6% (44) varones, y sí lo manifestaron: 36% (48) mujeres y 18% (21) varones.

Cuando se cruzaron la edad con este síntoma, la mayor frecuencia (17) de mujeres se concentró en la franja etárea de 52-55 años; la mayor frecuencia (11) de varones se dio en la franja etárea de 60 años o más. Hay que destacar que las mujeres hacían referencia a este síntoma (en particular) y demandaban ser escuchadas cuando entregaban la encuesta.

f) Irritabilidad: NS/NC: 1,1% (2) mujeres y 0,6 % (1) varones; no lo sintieron 24,6% (44) mujeres y 14,5% (44) varones. Sí lo manifestaron: 37,4% (67) mujeres y 21,8% (39) varones.

En el cruce de variables *edad* con el síntoma *irritabilidad*, la mayor frecuencia de mujeres se concentró en la franja etárea de 48 a 60 años [incrementado entre los 52-55 años (23)]. Por su parte, la mayor frecuencia (19) de varones se ubicó en la franja etárea de 60 años o más.

g) Ansiedad: NS/NC: 1,5% (2) mujeres y 0,8 % (1) varón; no lo sintieron, 38% (51) mujeres y 19% (34) varones. Sí lo manifestaron: 33,5% (60) mujeres y 19% (34) varones.

En el cruce de las variables *edad* con este síntoma, la mayor frecuencia (21) de mujeres se concentró en la franja etárea de 52-55 años; la mayor frecuencia (16) de varones se localizó en la franja etárea de 60 años o más.

h) Cansancio físico y mental: NS/NC: 1,1% (2) mujeres y 0,6 % (1) varón. No lo sintieron: 21,2% (38) mujeres y 12,3% (22) varones. Sí lo manifestaron: 40,8% (73) mujeres y 24% (43) varones.

En el cruce de variables *edad*, con este síntoma, la mayor frecuencia (24) de mujeres se concentró en la franja etárea de 52-55 años, siendo acentuada en la franja de 48-51 y de 56-60 con una frecuencia de (16). La mayor frecuencia (24) de varones se concentró en la franja etárea de 60 años o más.

i) Problemas sexuales: NS/NC: 1,1% (2) mujeres y 0,6 % (1) varón. No lo sintieron: 29,6% (53) mujeres y 11,2% (20) varones. Sí lo manifestaron: 32,4% (58) mujeres y 25,1% (45) varones.

En el cruce de variables *edad* con este síntoma, la mayor frecuencia de mujeres (24) se concentró en la franja etárea de 52-55 años. En los varones, la mayor frecuencia (24) se ubicó en la franja etárea de 60 años o más.

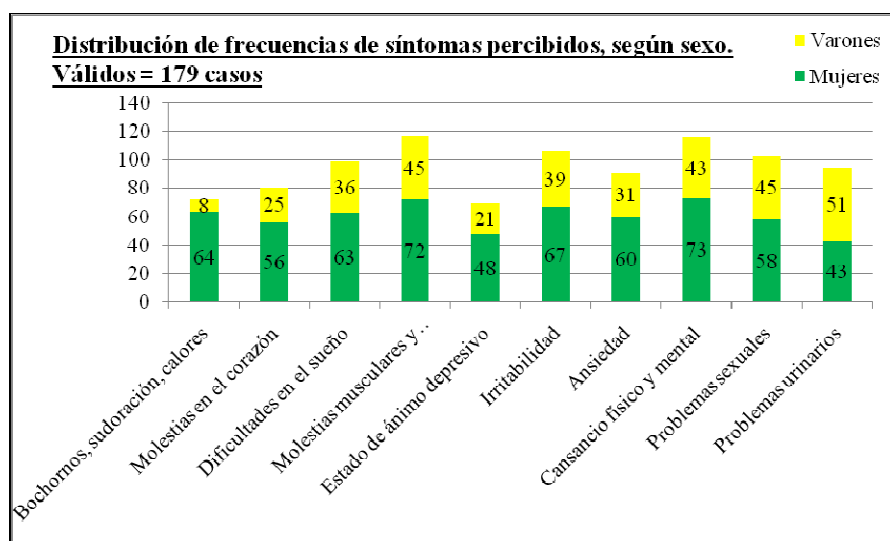
j) Problemas urinarios: NS/NC: 1,1% (2) mujeres y 0,6 % (1) varón. No lo sintieron: 38% (68) mujeres y 7,8% (14) varones. Sí lo manifestaron el 24% (43) mujeres y 28,5% (51) varones. En el cruce de este síntoma con la *edad*, la mayor frecuencia (16) de mujeres se concentró en la franja etárea de 52-55 años. La mayor frecuencia (32) de varones se concentró en la franja etárea de 60 años o más.

Posteriormente se realizó un análisis de los síntomas acumulados por género, que se pueden observar en la siguiente tabla:

Tabla 26. Cuadro comparativo de síntomas en mujeres y varones

Válidos: 179 (71,9%). Perdidos: 70 (28,1%). Total = 249 (100%).

Sí ha sentido alguno de los siguientes síntomas	Frecuencias		
	Mujeres	Varones	Total
Bochornos, sudoración, calores	64	8	72
Molestias en el corazón	56	25	81
Dificultades en el sueño	63	36	99
Molestias musculares y articulares	72	45	117
Estado de ánimo depresivo	48	21	69
Irritabilidad	67	39	106
Ansiedad	60	31	91
Cansancio físico y mental	73	43	116
Problemas sexuales	58	45	103
Problemas urinarios	43	51	94
Total	604	344	948



Es de destacar que si bien las mujeres constituyeron el 53,4% de la muestra, acumularon el 63,71% del total de los síntomas percibidos, es decir, sintieron más síntomas –en términos relativos y absolutos– que los varones.

Si bien podría pensarse como más probable que la población de varones encuestados tuviera más síntomas de disfunciones urinarios o sexuales, por el hecho de que trata de un consultorio de urología, también aparecieron las frecuencias altas en molestias musculares y articulares, al igual que en irritabilidad y cansancio físico y mental.

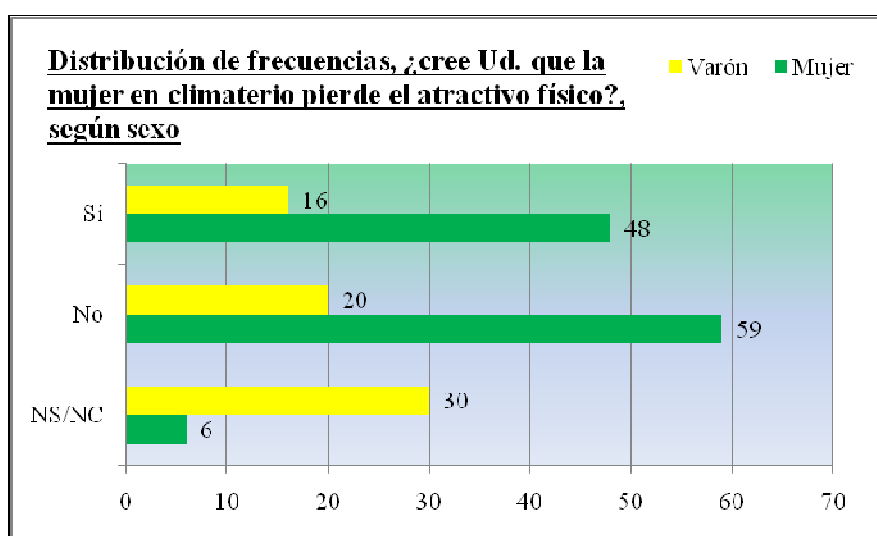
A su vez, en base a los análisis previos de los síntomas y las edades, hay que destacar que la franja etárea de mayor frecuencia de síntomas acumulados se produjo en las mujeres de 52-55 años y en los varones de 60 años (o más).

Algunas observaciones de campo en cuanto a los varones incluyeron que varios de ellos pidieron ayuda para realizar la encuesta porque no llevaban sus anteojos, y en consecuencia no podían leer; otros tenían dificultad para oír. Algunos estaban acompañados por sus cónyuges, otros por sus hijos (en general varones). En la situación de tomar la encuesta a los varones, en general se mostraban inquietos. Luego de responder la encuesta, varios se acercaron a pedir información, otros manifestaban la percepción sobre sus cambios en su esquema e imagen corporal. Se los percibía con cierto alivio de sentirse escuchados y eso calmaba su ansiedad. Se percibía una especie de malestar silenciado, que emergía con el pretexto de poder hablar en la situación de la encuesta.

En línea con las anteriores notas de campo, Diamond (37) argumenta que la pérdida de salud masculina al envejecer se corresponde con:

A) Los varones acuden menos al médico y no se someten a chequeos de salud. B) Los varones tienden a preocuparse menos por su salud que las mujeres. C) Los varones consumen más grasas saturadas y colesterol diarios que las mujeres. D) Hay más obesidad en los varones que en las mujeres. E) Los varones son menos activos físicamente que las mujeres. E) Los hombres beben más alcohol y consumen más drogas. F) Los varones asumen más riesgos que las mujeres. G) Los varones son más violentos. H) Los varones tienen menos vínculos sociales fuertes que las mujeres. I) Los varones corren más riesgos en el trabajo que las mujeres y sufren más al perder un empleo.

Al analizar la variable *pérdida del atractivo físico de la mujer y sexo* (ver tabla 27 en anexo), surgió que la mayoría (30) de los varones (45,5% de ellos), NS/NC, seguido por 20 (30,3%) que dijeron que no y 16 (24,2% de los varones) respondieron que la mujer sí perdía atractivo físico en el climaterio. Por su lado, ante la misma pregunta, el 52,2% (59) de las mujeres dijeron que no perdían atractivo físico en el climaterio. El 42,5% (48) dijo que sí y sólo 6 mujeres (5,3%), NS/NC.

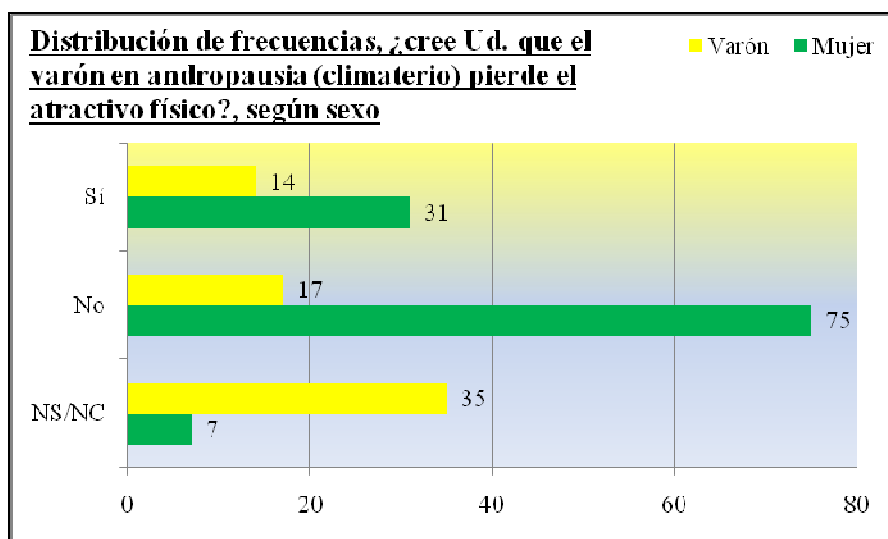


Al cruzar las variables *sexo*, *atractivo físico de la mujer* y *nivel educativo alcanzado* (ver tabla 28 en anexo), las mayores frecuencias se encontraron en las respuestas negativas en mujeres con secundario incompleto, completo y terciario/universitario incompleto y completo. Mientras que las mayores frecuencias de respuestas positivas se concentraron en mujeres con primario completo hasta terciario/universitario incompleto. Las respuestas

positivas y negativas en los varones se distribuyeron simétricamente en los diferentes niveles educativos alcanzados.

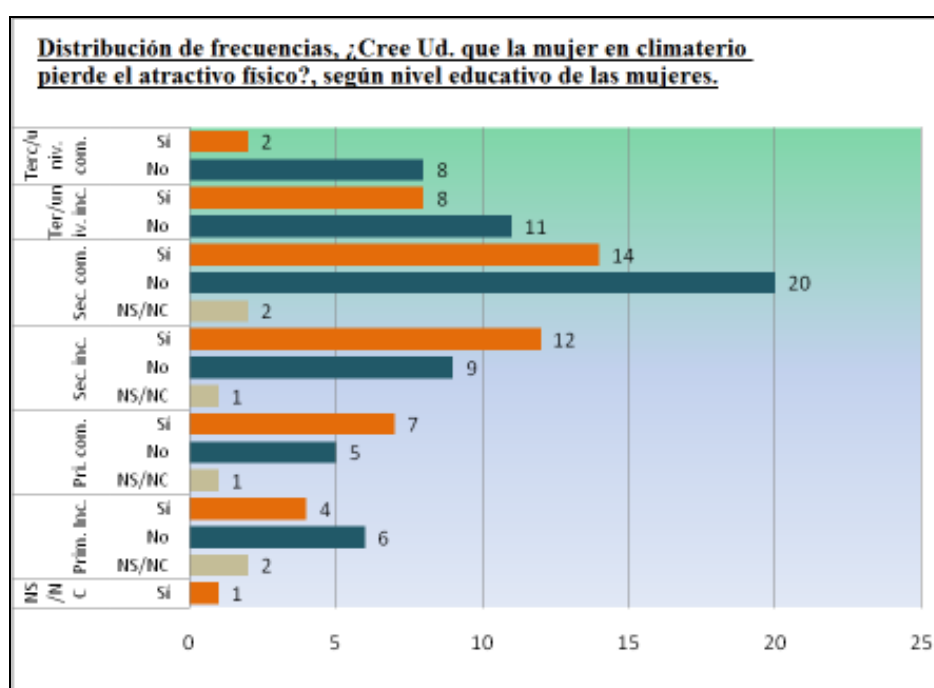
Al analizar la *variable pérdida del atractivo físico en el varón* (ver tabla 29 en anexo) y *sexo*, surgió que la mayoría (75) de las mujeres (el 66,4% de ellas) dijeron que el varón no perdía atractivo físico con la andropausia. 31 mujeres (27,4% de ellas) opinaron que sí, mientras que sólo 7 (6,2%), NS/NC. Por su lado, los varones en su mayoría NS/NC, con el 53% (35). Además, el 25,8% de ellos (17) opinó que no perdían atractivo físico, mientras que el 21,2% (14) restante dijo que sí.

Del análisis se desprende que las mujeres (de esta población) en la etapa del climaterio gustan más de los hombres, que los varones de las mujeres. Además, mientras las mujeres sienten que ellas pierden su atractivo físico, no lo sienten así con los varones. Aquí se nota que los cambios corporales que se manifiestan en el tiempo del climaterio son vividos de manera más problemática. (Ejemplo: varias mujeres comentaron en el momento de la encuesta que “no podían asumir el cambio del cuerpo, no sólo el aumento de peso, también la redistribución de la grasa”; “a veces me miro al espejo y me cuesta identificarme con la imagen que me devuelve”, etc.)

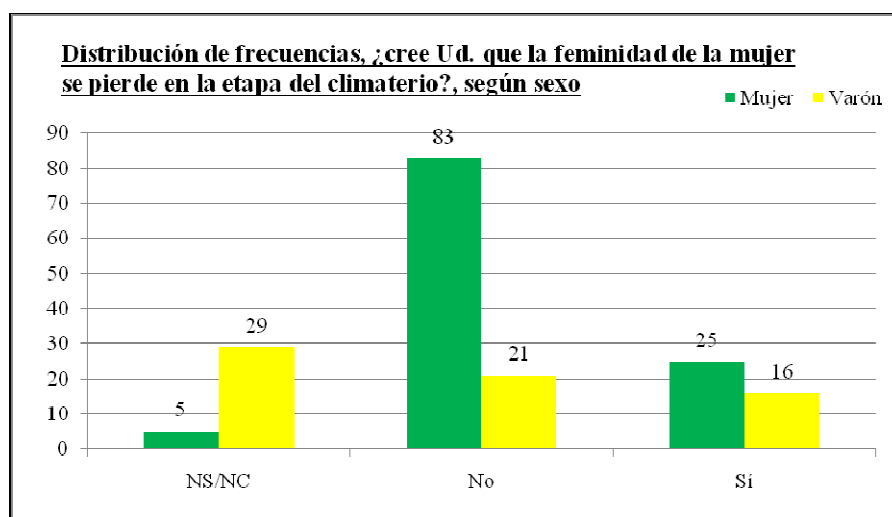


Pero, al cruzar las variables *sexo*, *atractivo físico del varón*, y *nivel educativo* (ver tabla 30 en anexo), encontramos que la mayoría de respuestas negativas las dieron mujeres con un nivel educativo alcanzado de: secundario incompleto 59,1%, secundario completo

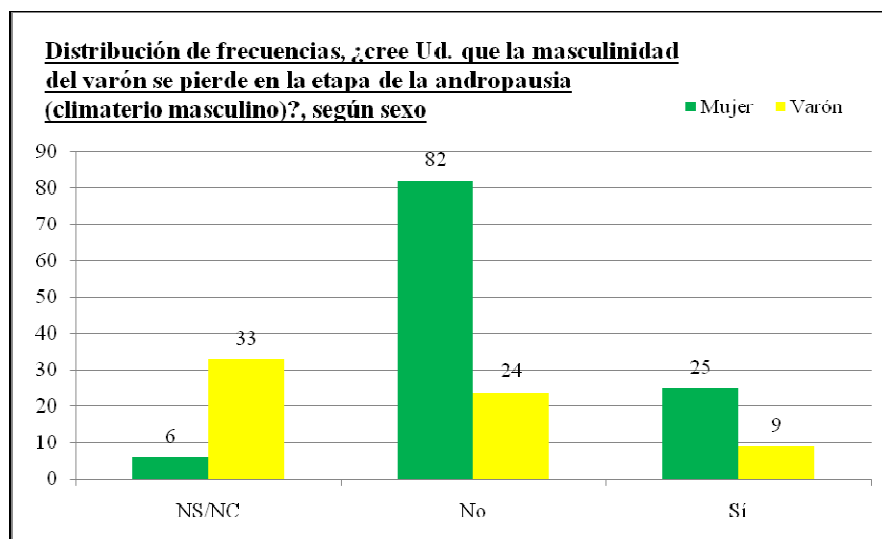
72,2% terciario/universitario incompleto 84,2% y terciario/universitario completo 90%. Por el contrario, no es así con su propia imagen. Nuevamente aparece una tendencia en cuanto a la autopercepción de la propia mujer y la del varón. Si la mujer cree que pierde atractivo físico con el tiempo, su percepción respecto al varón podría explicarse con la metáfora del vino: “mientras más añoso más sabroso”. Las mujeres identifican que los hombres en climaterio no pierden el atractivo físico, mientras que ellas sí. En el *cruce de las variables sexo, nivel educativo y pérdida del atractivo físico* se observó que no influye considerablemente el nivel de instrucción con el sentimiento de su esquema e imagen corporal en la etapa del climaterio.



En el análisis del cruce entre las variables *sexo y feminidad* (ver tabla 31 en anexo), a través de la pregunta *¿cree Ud. que la feminidad se pierde en la etapa del climaterio?*, íntimamente vinculada a la cuestión de la subjetividad (quién soy y quién voy siendo) se modificó la tendencia observada en la pregunta anterior. Las mujeres sintieron que la feminidad no se perdía en esa etapa evolutiva. Los varones, por su lado, fueron más simétricos en sus respuestas positivas y negativas. En síntesis, las respuestas fueron: NS/NC: el 2,8% (5) mujeres y el 16,2% (29) varones; No: el 46,4% (83) mujeres y el 11,7% (21) varones; sí: el 14% (25) mujeres y el 8,9% (16) varones.

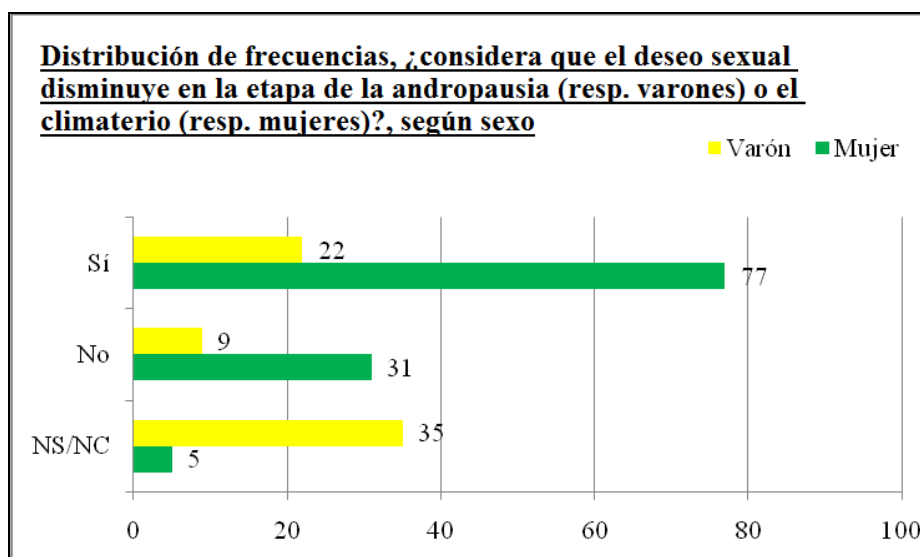


El análisis de los cruces entre las variables *sexo* y *masculinidad* (ver tabla 32 en anexo), que preguntó *¿cree Ud. que la masculinidad del varón se pierde en la etapa de la andropausia (climaterio masculino)?*, arrojó los siguientes resultados: NS/NC: el 3,4% (6) mujeres y el 18,4% (33) varones; no: el 45,8% (82) mujeres y el 13,4% (24) varones; sí: el 14% (25) mujeres y el 5% (9) varones



Cuando se les preguntó (ver tabla 33 en anexo) *si consideraban que el deseo sexual disminuía en la etapa de la andropausia (pregunta para los varones) o el climaterio (pregunta para las mujeres)*, respondieron lo siguiente: tanto los varones como las mujeres

predominantemente dijeron que sí disminuía el deseo sexual, aunque en diferentes proporciones. La respuesta más frecuente de los hombres fue que NS/NC (35) 53%, seguida por sí (22) 33,3% y por no (9) 13,6%. 77 (68,1%) mujeres indicaron que sí disminuía el deseo sexual, mientras que 31 (27,4%) opinaron que no y sólo 5 (4,4%) NS/NC.



Al cruzar las variables *sexo*, *deseo sexual* y *edad*, (ver tabla 34 en anexo) surgió que las mayores frecuencias de mujeres que sostenían que el deseo sexual sí disminuía, se concentró en la franja etárea de 48-60, incrementándose en el período comprendido entre los 52-55 años. En los varones, las mayores frecuencias se encontraron a partir de los 52 años, aumentando en los de más de 60 años.

Al realizar el cruce entre *sexo*, *deseo sexual* y *nivel educativo alcanzado* (ver tabla 35 en anexo), las mayores frecuencias de la respuesta que consideraron que disminuía el deseo sexual se encontraron en mujeres con terciario/universitario incompleto y completo. Las mayores frecuencias en los varones se ubicaron en los de secundario incompleto.

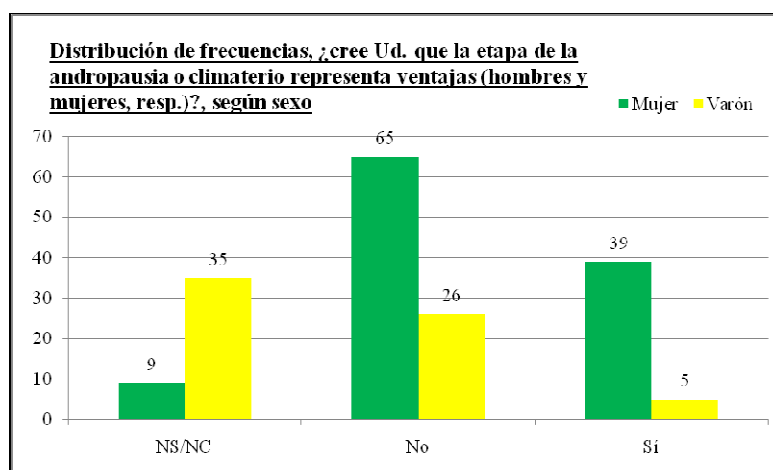
Para varones y mujeres el climaterio representa un cambio, aunque no siempre es un cambio drástico. Las apreciaciones de las *ventajas o desventajas* (ver tabla 36 en anexo) que acarrea el climaterio guardan relación con las expectativas, temores y prejuicios de cada persona, dependiendo de sus experiencias biográficas previas. Para las mujeres de nuestra sociedad esta apreciación puede ser contradictoria. Por un lado, la pérdida de la menstruación es una ventaja de no tener la incomodidad de su higiene, el temor a

embarazos no deseados, la consiguiente anticoncepción. Por otro, la menopausia suele ser entendida como sinónimo de vejez. En nuestra población, el porcentaje de las personas que consideraron como una ventaja (en términos generales) a la etapa del climaterio fue menor a los que no lo sintieron así. El 57,5% de las mujeres que contestaron la pregunta percibieron que no representaba ventajas, para los hombres esta cifra llegó al 39,4%. El 53% de los varones NS/NC la pregunta, siendo para las mujeres un porcentaje de 8%. Si consideraron que era una ventaja el 34,5% de las mujeres y el 7,6% de los varones.

En cuanto a las ventajas del climaterio, veintisiete (27) de las mujeres manifestaron temor al embarazo no deseado, y en consecuencia encontraron como ventaja no estar pendientes del ciclo menstrual, mayor libertad en la sexualidad y mejorar la calidad de vida. Para algunas mujeres, el climaterio y la propia menopausia representan la ventaja de apropiarse de su cuerpo, disfrutando de su sexualidad sin correr riesgos de embarazos no deseados.

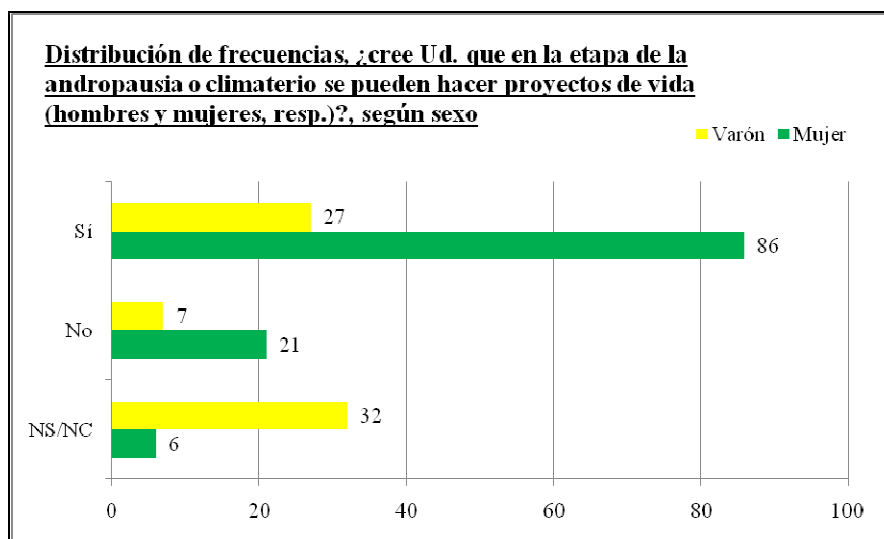
Solamente dos (2) varones hicieron referencia al embarazo no deseado como una ventaja. Pareciera que el embarazo no deseado fue una preocupación exclusivamente femenina en esta población: la maternidad como destino frente a la paternidad como elección. La apreciación de las ventajas o perjuicios que acarrea el climaterio guarda relación con la construcción de la subjetividad.

Del análisis de los cruces entre las variables *sexo* y *ventajas* se desprendió que hubo una diferencia notable de género en las percepciones: para el 25,90% (39) de las mujeres y 2,4% (5) varones, el climaterio/andropausia era una ventaja. No fue ventaja para el 36,9% (65) de las mujeres que respondieron y 15,1% (26) varones. NS/NC: 6,1% (9) mujeres y 19,6% (35) varones. Dado que gran mayoría de los varones no sabían qué era el climaterio, tampoco pudieron ver cuáles son las ventajas o desventajas para esta etapa.



En el cruce de variables *edad*, *sexo* y *ventajas*, las mayores frecuencias no consideraron al climaterio como ventaja: (65) mujeres y (26) varones dijeron que no tenía ninguna. Hay que hacer notar que 35 varones NS/NC. La mayores frecuencias de las/os que consideraron que el climaterio sí tenía ventajas, se concentraron en mujeres en la franja etárea de 52-55 años; y la mayor frecuencia (12) de varones, en la franja de 60 años o más.

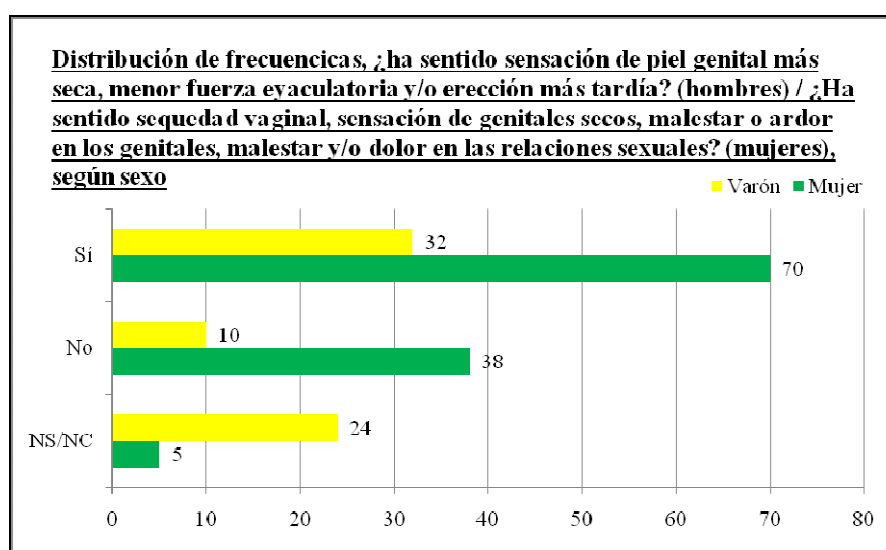
Del análisis de los cruces entre las variables *proyectos de vida* y *sexo* (ver tabla 37 en anexo), surgió que NS/NC: 3,4% de las mujeres y el 17,9% de varones; sí pueden hacer proyectos de vida el 48% de las mujeres y el 15,1% varones; mientras que responden que no pueden hacer proyectos de vida el 11,7% de las mujeres y el 3,9% de los varones.



En el cruce de variables *proyecto de vida*, *sexo* y *edad* observamos que las mayores frecuencias de respuestas positivas se ubicaron en el grupo etáreo de mujeres de 52-55 años

y en los varones de más de 60 años. Coincide con las entrevistas a los consultantes clave que manifiestan que las mujeres en esa etapa se proponen realizar aquello que quedó postergado por otras obligaciones (maternidad, trabajo, etc.), disfrutan más de la sexualidad, no sienten temores a embarazos no deseados.

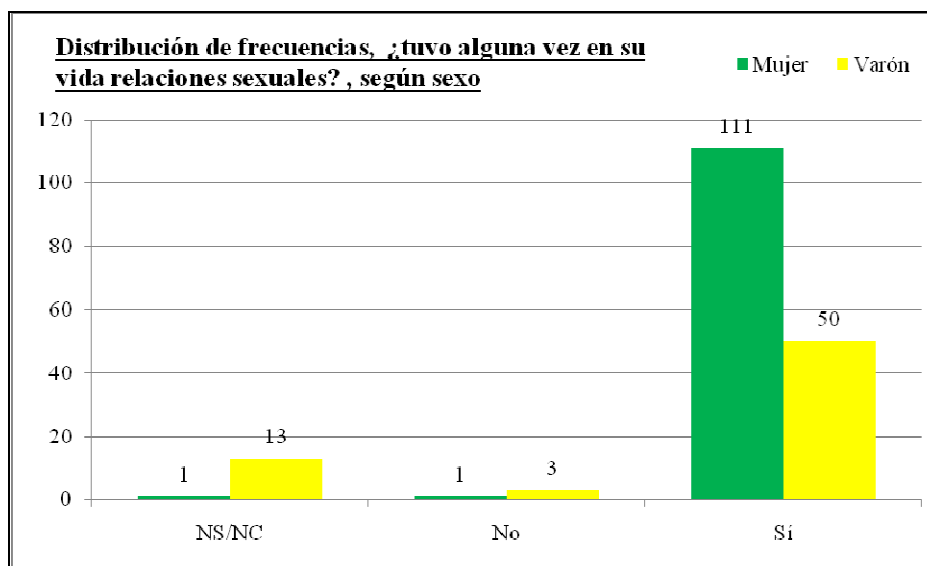
Del análisis de las variables *sexo y sensación genital*: ¿Ha sentido sensación de piel genital más seca, menor fuerza eyaculatoria y/o erección más tardía? (hombres); ¿ha sentido sequedad vaginal, sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales, malestar y/o dolor en las relaciones sexuales? (mujeres) (ver tabla 38 en anexos); surgió el siguiente análisis: NS/NC: 2,8% (5) mujeres y 13,4 % (24) varones; no sintieron: el 21,2% (38) de las mujeres y el 5,6% (10) de los varones; sí sintieron el 39,1% (70) de las mujeres y el 17,9% (32) de los varones.



En el cruce de variables *edad, sexo y sensación genital*, se produjo la mayor frecuencia de respuestas positivas en (26) mujeres, en la franja etárea de 52-55 años; la mayor frecuencia (19) en los varones se concentró en la franja etárea de 60 años o más.

En relación a su sexualidad, las variables *sexo, relaciones sexuales* (ver tabla 39 en anexo): NS/NC el 0,6% (1) de las mujeres y el 7,3% (13) de los varones. No mantuvieron nunca relaciones: el 0,6 % (1) mujeres y el 1,7% (3) de los varones. Sí mantuvieron relaciones el 62 % (111) de las mujeres y el 27,9% (50) de los varones. La sexualidad se

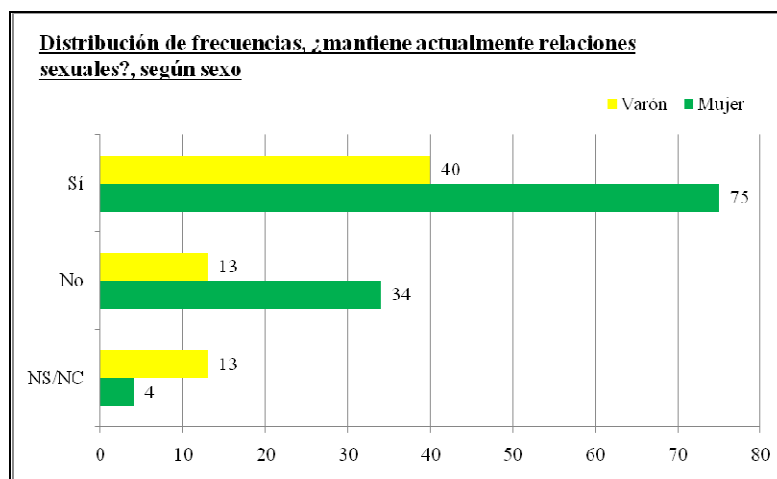
vive desde el cuerpo y somos seres en el mundo con identidad de género. En ese sentido el cuerpo es generador de cultura, como lugar de percepción y práctica.



En el cruce de las *variables edad, sexo, relaciones sexuales* (ver tabla 40 en anexo), la mayor frecuencia de mujeres (16) que sí mantuvieron alguna vez en su vida relaciones sexuales se concentró en la franja etárea de 52-55 años; la mayor frecuencia para los varones (29) fue en la franja etárea de 60 años o más.

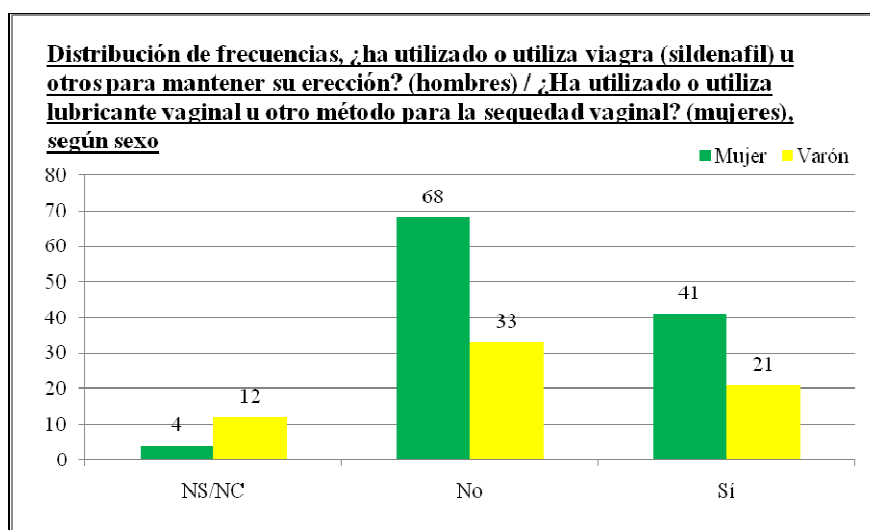
El recuento de las personas que mantienen actualmente relaciones sexuales (ver tabla 40 en anexo) se distribuyó de la siguiente manera: NS/NC: (4) mujeres y (13) varones; no mantenían (34) mujeres y (13) varones; y sí mantenían (75) mujeres y (40) varones. En el cruce de variables *tuvo relaciones sexuales, edad y sexo*, la mayor frecuencia en las mujeres se concentró en la franja etárea de 52-55 años (23). Hay que destacar que fueron bastante homogéneas las distribuciones en los distintos rangos etáreos. La mayor frecuencia en los varones (19), se concentró en la franja etárea de 60 años o más. Se infiere que es una población sexualmente activa, que se encuentra con un semejante para en el mutuo reconocimiento: descubrir, recrear y amar.

La sexualidad humana sólo puede ser comprendida dentro del espacio de la cultura. Es un lenguaje impregnado de significados, que se manifiesta en la subjetividad de cada sujeto de acuerdo con su historia personal y está inscripto en un modelo sociohistórico.



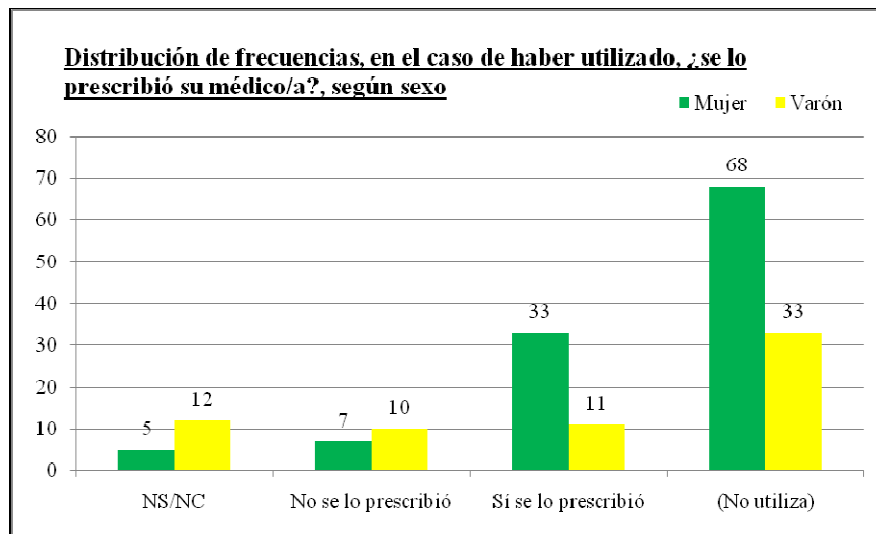
Del análisis de la variable *edad*, *sexo* y *uso de sildenafil (viagra) u otros medicamentos (varón) o lubricante vaginal u otros medicamentos (mujer)* (ver tabla 41 en anexo), encontramos: NS/NC: 2,2% (4) mujeres y 7% (12) varones; no utilizaban el 38% (68) de las mujeres y el 18,4 % (33) de los varones. Manifestaron utilizarlo el 22,9% (41) de las mujeres y el 11,7% (21) de los varones. En el cruce de esta variable con la *edad*, la mayor frecuencia (19) de mujeres se concentró en la franja etárea de 52-55 años; en los de varones se ubicó en la franja etárea de 60 años o más (10).

Del análisis del cruce de las variables (ver tabla 41 en anexo): *sexo y utilización de lubricantes (mujeres) o sildenafil (hombres)*, surgió que hubo un 60,2% de las mujeres que contestaron a esta pregunta diciendo no haber utilizado; 36,3% que sí lo habían hecho, y 3,5% que NS/NC. Por su lado, de los varones que contestaron esta pregunta, 50% no utilizó sildenafil, mientras que un 31,8% sí lo hicieron y 18,2% NS/NC.



Al momento de preguntarles a los que *habían utilizado si los lubricantes o el sildenafil habían sido prescritos por su médico* (ver tabla 42 en anexos), las respuestas indicaron que NS/NC el 18,2% de los varones, y el 4,4% de las mujeres. Recordemos que no utilizaron un 60,2% de las mujeres y un 50% de los varones. Ahora bien, de los restantes que sí utilizaron, la mayoría lo hizo con prescripción de su médico, sobre todo las mujeres. El 29,2% de ellas utilizaron lubricantes prescritos por su médico, mientras que en los varones este porcentaje fue de 16,7%. Los que sí utilizaron pero no bajo prescripción médica fueron el 6,2% de las mujeres y el 15,2% de los varones.

Diamond (37) manifiesta que “a media que los problemas físicos se consolidan y se hacen cada vez más crónicos, empiezan a alejarse de su pareja. Dado que el sexo es problemático, tienden a evitarlo [...]”. Se podría inferir que era casi la misma frecuencia de varones a los que les habían prescrito medicación en relación a los que se automedicaban. Burín (3) afirma que es habitual la reticencia de los varones a solicitar ayuda médica y a continuar en tratamientos, como resultante de ideales genéricos que les imponen como mandatos (debes responder por uno mismo, el cuerpo aguanta, etc.).



Si analizamos lo anterior incluyendo la variable *edad* (ver tabla 43 en anexos), se puede observar que las mayores frecuencias de uso con prescripción se produjeron en el rango etáreo de 52-55 en mujeres y más de 60 años en varones.

7. CONCLUSIONES

Las siguientes conclusiones deben ser tenidas en cuenta en el marco de la muestra en que se obtuvieron los resultados: personas que concurren al Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología de Córdoba - Servicio de Ginecología. Especialidad de Climaterio, y al Hospital Nacional de Clínicas – Servicio de Urología, ambos de la ciudad de Córdoba. Lo que se expone a continuación, más que un cierre, debería ser considerado como una apertura y articulación hacia algunas tendencias identificadas alrededor de un tema tan amplio como el abordado.

Los cierres se organizaron teniendo en cuenta el objetivo general que nos planteamos en esta investigación: analizar y comparar las percepciones y significados que los varones y mujeres les asignan a la etapa del climaterio.

El primer objetivo específico que nos guió fue el de describir las manifestaciones biopsicosociales del climaterio en varones y mujeres.

Para el logro de tal objetivo describimos acontecimientos personales, familiares y sociales que coincidieron con la etapa del climaterio.

Nuestra población estuvo compuesta por N: 249 sujetos (116 varones y 133 mujeres).

El rango etéreo de los encuestados osciló entre los 40 y los 60 años (o más). Las consultas de varones y mujeres a los consultorios de los respectivos hospitales no fueron simétricas respecto a la distribución de las edades. La cantidad de mujeres que acudieron a la consulta ginecológica fue equilibrada en todos los rangos etéreos; en cambio se observó un incremento de varones que consultaron, a partir de los 48 años.

El estado civil actual de los encuestados mostró las siguientes distribuciones: en matrimonio (el 45% de las/los encuestadas/os); en unión consensual (19,3%); divorciada/separada-o (15,3%); soltera/o (10,8%) y viuda/o (9,6%).

En la población estudiada, el *nivel educativo alcanzado* en las mujeres tuvo como situaciones menos frecuentes la finalización de estudios terciarios-universitarios (9% de las mismas). El 11,3% no concluyó la primaria. El nivel educativo alcanzado más frecuente de ellas fue la secundaria completa, con un 27,8%. Los niveles educativos alcanzados por los hombres con menor frecuencia, fueron el 1,7% sin estudios y el 3,4% con estudios terciarios-universitarios concluidos. La situación más frecuente en el ámbito educativo para los hombres fue el secundario incompleto, con un 28,4%.

La situación laboral-ocupación actual de los encuestados arrojó los siguientes resultados. Para las mujeres, la mayoría de ellas se incluyó en la categoría de amas de casa (34,6% de las mujeres), mientras que no hubo ninguna (0%) dentro del personal técnico. Por su lado, los hombres registraron su mayor porcentaje dentro de los jubilados (30,2% de los hombres), seguidos por trabajadores especializados (17,2%) y el menor porcentaje registrado para ellos fue en las tareas domésticas (0%).

El 71,9% de la muestra (hombres y mujeres) trabajaba; el 17,6% eran jubilados/as y el 10% no trabajaba. Se observó una mayor proporción de mujeres que trabajaban respecto a los hombres. También una mayor proporción de hombres que estaban jubilados o no trabajaban, respecto a las mujeres. Es probable que eso se debiera a que la muestra masculina tenía una media de edad más avanzada que la femenina (todos los varones jubilados se encontraron en el rango etáreo de más de 60 años; 9 de los 15 varones que no trabajaban estaban en el rango etáreo de más de 60 años).

Asimismo, es notable que algunas mujeres que se dedicaban a ser amas de casa comentaban, al momento de ser encuestadas, “que no trabajaban, y que sólo eran amas de casa”. A su actividad no la sentían como trabajo, sino como parte inherente al “ser”. En el cruce de las variables *trabajo*, *nivel educativo*, *sexo* se observó que el nivel educativo estuvo distribuido de manera bastante homogénea, en el sentido de que, más allá del nivel educativo alcanzado, varios hombres y mujeres se desempeñaban laboralmente.

Es sabido que en las parejas tradicionales encontramos una estricta división sexual del trabajo. En nuestra población, observamos que se reprodujo el estereotipo de las mujeres amas de casa y del varón proveedor. La mayor cantidad de mujeres amas de casa se encontró en la categoría “en matrimonio” y “en unión consensual”.

En cuanto a la convivencia, fueron pocas las personas que en esta etapa evolutiva viven solamente con su pareja. Generalmente lo hacen con hijos, parejas de sus hijos o también con sus padres. Encontramos que la mayoría de las personas encuestadas ya no tienen hijos en edad de juego. En particular, son adolescentes, jóvenes adultos o adultos. El “síndrome del nido vacío” parece poco probable, por el contrario es factible el “nido atestado”.

La sintomatología vinculada al climaterio difirió intra y extragénero; además, no todas las personas la percibieron. La franja etárea de mayor frecuencia de síntomas acumulados se produjo en las mujeres de 52-55 años y en los varones de 60 años (o más).

En nuestra población, el síntoma de mayor frecuencia en las mujeres fue el cansancio físico y mental; en cambio en los varones fueron los problemas urinarios.

La mayoría de la población estudiada considera que el deseo sexual disminuye en la etapa del climaterio.

La mayoría de los encuestados habían sentido sensación de piel genital más seca, menor fuerza eyaculatoria y/o erección más tardía (hombres); o sequedad vaginal, sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales, malestar y/o dolor en las relaciones sexuales (mujeres). En la población estudiada fueron homogéneas las frecuencias en los distintos rangos etáreos de las personas que habían tenido y tenían una sexualidad activa. Hubo un porcentaje minoritario de varones y mujeres que se ayudan con medicación para lograr bienestar. En la mayoría de los casos, se los prescribió el/la médico/a, sin embargo, fue prácticamente igual en los varones los que recibieron medicación recetada y los que se automedicaron.

Nuestro segundo objetivo específico fue averiguar qué representación social tenían de la etapa del climaterio los varones y las mujeres. El porcentaje de varones (más allá del nivel educativo alcanzado) que “desconocía” su propio climaterio fue elevado, pero algunos sí conocían que existía el climaterio de las mujeres. No sucedió lo mismo con las mujeres, que conocían sobre su propio climaterio y también sobre el masculino.

Las representaciones sociales (biológicas, psicológicas y metafóricas) que tuvieron los varones y las mujeres sobre el climaterio fueron neutras o negativas en su mayoría. Hubo escasez de respuestas con connotaciones positivas.

Algunas mujeres que percibieron que había pérdida del atractivo físico, de su imagen corporal, no sintieron lo mismo con respecto a los varones en la misma etapa. Los varones, por su parte, no tuvieron la misma percepción que las mujeres, puesto que se autovaloraron más.

En cuanto a la percepción que tienen de la feminidad y la masculinidad en relación a su subjetividad (quién soy y quién voy siendo), se observó que las mujeres manifestaban que la feminidad y masculinidad no se perdía en esa etapa evolutiva, mientras los varones tuvieron una percepción positiva de igual magnitud que la negativa, respecto a si se perdía o no.

Al caracterizar (tercer objetivo) cómo construyen los varones y las mujeres el propio proyecto de vida en la etapa del climaterio, fue amplio el porcentaje de las personas

que pensaron que se pueden hacer proyectos de vida en la etapa del climaterio. Esto se ligó a la existencia del deseo profundo, vital, ligado al ser y a seguir siendo, más allá de su género, de su sexualidad y de la etapa evolutiva que le toca afrontar.

La apreciación de las ventajas o desventajas que acarrea el climaterio guarda relación con las expectativas que tengan las personas sobre su *sí mismo*, sobre su subjetividad. Los beneficios, temores y prejuicios de cada mujer y de cada varón dependen de sus experiencias históricas personales. La connotación social sobre la vejez está siempre y afecta profundamente la concepción del mundo de todos sus integrantes.

En la población estudiada, un porcentaje importante de varones y mujeres consideró que no era una ventaja la etapa del climaterio. Las personas que connotaron con ventajas al climaterio fueron en su mayoría mujeres e hicieron referencia a disfrutar de la sexualidad sin correr riesgos de embarazos no deseados.

Por todo lo expuesto, concluimos que en los significados que asignan a la etapa del climaterio los varones y las mujeres, hay rupturas (diferencias) y continuidades (semejanzas) en las percepciones y significados atribuidos.

Las manifestaciones biopsicosociales del climaterio en la población estudiada nos permitieron observar que mientras en las mujeres es una etapa de la vida que está naturalizada, en los varones es un período que está invisible, ausente, pero sobre todo silenciado en el discurso social. No es abundante la bibliografía sobre el tema y escasean los profesionales de la salud que se especializan en climaterio masculino. La construcción de la subjetividad en ese tiempo de la vida depende del proceso de socialización primario y secundario que personalmente vivió cada varón y cada mujer.

Los significados asignados por varones y mujeres al climaterio tuvieron connotaciones negativas o neutras en general. Más allá del género, hay personas que pueden asumir, aceptar y sentirse protagonistas del paso del tiempo de la propia vida. Sin embargo, otros intentan negar su propio envejecimiento. Para lograrlo, proyectan dicha percepción en los demás y se desafían tomando un comportamiento pseudo-adolescente. La negación del tiempo finito, que implica menor destreza, menor resistencia física, menor belleza física, impide la experiencia emocional de registrar el transcurso del tiempo y transformarlo en experiencia. Esto y sólo esto permite la elaboración de la realidad vivida.

Este estudio de género y climaterio se ha esforzado en ofrecer una mirada constructiva de sentido para que hombres y mujeres perciban su masculinidad y su feminidad. Así, puedan varones y mujeres reconstruir vínculos entre ambos, en términos

que no sean los tradicionales opresivos y discriminatorios, para contribuir a establecer condiciones de vida más equitativas para ambos. Resumiendo, este trabajo pretende hacer visible la presencia de los varones en esa etapa evolutiva (el climaterio) y hacer audible su voz en el campo de la salud.

Finalmente, esta investigación se ha propuesto abrir nuevos interrogantes como consecuencia de que no hay estudios en la ciudad de Córdoba sobre cómo varones y mujeres construyen la subjetividad en la etapa del climaterio desde una perspectiva de género. En nuestro entorno no existen modelos que den contenido al imaginario del climaterio, que aporten imágenes positivas, eficaces y competentes. Cada etapa de la vida posee características diferentes y es durante el climaterio, quizás, cuando varones y mujeres pueden desarrollar capacidades más integradoras y replantearse un estilo de vida propio.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. NAVARRO, Marysa; STIMPSON, Catharine R. (comp.) *Sexualidad, género y roles sexuales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina; 1999. Pág.15-36.
2. CORIA, Clara; FREIXAS, Anna y COVAS Susana. *Los cambios en la vida de las mujeres. Temores, mitos y estrategias*. Buenos Aires: Paidós; 2006. Pág. 21-94.
- 3 BURIN, Mabel y MELER, Irene. *Varones. Género y subjetividad masculina*. Bs. As.: Paidós; 2004. Pág. 16-360.
4. BURIN Mabel y MELER Irene. *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Bs. As.: Paidós; 2006. Pág. 19-411.
5. RODRIGUEZ, Beatriz. *Climaterio femenino. Del mito a una identidad posible*. Bs. As.: Lugar editorial; 2000. Pág. 13-142.
6. DIO BLEICHMAR, Emilce. “La depresión en la mujer”. En: GONZALES DE CHAVEZ, María A. y otros (1993), *Cuerpo y Subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Siglo veintiuno; 1993. Pág. 263-288.
7. PITTMAN, Frank. *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Buenos Aires: Paidós; 1995. Pág. 23-296.
8. DE LA GANDARA MARTÍN, Jesús, *Menopausia y salud mental*. Madrid: E.L.A.; 1994. Pág. 22-23.
9. BADINTER, Elizabeth. *Hombres/Mujeres. Cómo salir del camino equivocado*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica de Argentina; 2003. Pág. 9-148.
10. GOODRICH, Thelma. *Terapia familiar feminista*. Buenos Aires: Paidós, 1989. Pág. 19-30.
11. HÉRITIER, Françoise. *Masculino/Femenino II. Disolver la jerarquía*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica; 2007. Pág. 11-43.
12. FERNÁNDEZ, Ana María. *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós; 2006. Pág. 27 -263.
13. GARCÍA, Brígida. *Mujer, género y población en México*. México: El Colegio de México. Sociedad Mexicana de Demografía; 1997. Pág. 23.
14. GAMBA, Susana B.; BARRANCOS, Dora; GIBERTI, Eva; MAFFIA, Diana, et al. *Diccionario de estudios de género y feminismos*. Buenos Aires: Biblos; 2007. Pág. 15-350.

15. BUTLER, Judith. *Deshacer el género*. 2da reimpresión. Barcelona: Paidós, 2006. Pág. 14-56.
16. QUINTERO VELÁSQUEZ, Ángela María. *Diccionario especializado en familia y en género*. Bs. As.: Hvmánitas Lumen; 2007. Pág. 71.
17. MONTEVECHIO, Blanca “El contexto social en lo masculino y lo femenino” en ALIZADE, Alcira. *Masculino -Femenino*. Buenos Aires: Lumen; 2004. Pág. 8-13.
18. BLEICHMAR, Silvia. *Paradojas de la sexualidad masculina*. Buenos Aires: Paidós; 2006. Pág. 41-100.
19. GILMORE, David D. *Hacerse hombre. Concepciones culturales de la masculinidad*. Barcelona: Paidós; 1994. Pág. 11-225.
20. MELER, Irene “La masculinidad. Diversidad y similitudes entre los grupos humanos”, en BURIN M. y MELER I., *Varones. Género y subjetividad masculina*. Buenos Aires: Paidós; 2004. Pág. 71-121.
21. ALIZADE, Mariam Alcira. *Tiempo de mujeres*. Buenos Aires: Letra Viva; 1996. Pág. 11-137.
22. MERLEAU-PONTY Maurice. *Fenomenología de la percepción*. 4ta edición. Barcelona: Península; 1997. Pág. 115-191.
23. BURIN, Mabel. *Estudios sobre la subjetividad femenina*. Buenos Aires, Grupo editor latinoamericano; 1987. Pág. 124-133.
24. SINGER KAPLAN, Helen. *La nueva terapia sexual*. Tomo I. Madrid: Alianza; 2007. Pág. 160-183.
25. VIDELA, Mirta. *Otoño de mujer. Menopausia y después*. Buenos Aires, Cinco; 1997. Págs. 7-182.
26. SANCHEZ BORREGO, Rafael, et al. *El climaterio desde su inicio*. Asociación Española para el estudio de la menopausia. España: Schering; 2000. Págs. 7-24.
27. BALLINGER, Bárbara C. *Trastornos psicológicos en obstetricia y ginecología*. Barcelona: Toray. 1987. Págs. 245-278.
28. BELARDO, Alejandra. *Conceptos básicos sobre el climaterio*. [Disponible en <http://www.aapec.org/comunidad/03.htm>] (Consultado 17.08.09).
29. PARRILLA PARICIO, J. J.; DELGADO MARTÍN, J. L.; “Perimenopausia: concepto y endocrinología” en SANCHEZ BORREGO, Rafael, *El climaterio desde su inicio*. Asociación Española para el estudio de la menopausia. España: Schering; 2000. Págs. 27-47.

30. BELARDO, Alejandra. Ponencia en “Curso Anual de Climaterio”. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Córdoba (SOGC). Córdoba; 2009.
31. CALLEJOS OLMOS, J. “Menopausia temprana” en SANCHEZ BORREGO, Rafael, *El climaterio desde su inicio*. Asociación Española para el estudio de la menopausia. España: Schering; 2000. Págs. 47-62.
32. FERRER BARRIENTOS, J. et al. “Síndrome climatérico: nuevas aportaciones” en SANCHEZ BORREGO, Rafael. *El climaterio desde su inicio*. Asociación Española para el estudio de la menopausia. España: Schering; 2000. Págs. 63-81.
33. PALACIOS GIL DE ANTUÑANO, S. “Prevención del déficit estrogénico a largo plazo en SANCHEZ BORREGO, Rafael. *El climaterio desde su inicio*. Asociación Española para el estudio de la menopausia. España: Schering; 2000. Págs. 123-141.
34. FREIXAS, Anna. *Nuestra menopausia. Una versión no oficial*. Barcelona: Paidós; 2007. Págs. 15-47.
35. KUSNETZOFF, Juan Carlos. *El hombre sexualmente feliz. Del mito a la verdad científica*. Buenos Aires: Granica; 2008. Págs. 21-141.
36. Enciclopedia de medicina. *Cambios en el aparato reproductor masculino por el envejecimiento*. [http:\[fecha de acceso: 17.08.09\]](http://[fecha de acceso: 17.08.09].). Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004017.htm. Página actualizada 06.08.09.
37. DIAMOND, Jed. *La menopausia masculina. Cambios físicos y psicológicos en la edad madura*. Barcelona: Paidós; 1999. Págs. 29-239.
38. GINDIN, León R. *La nueva sexualidad del varón*. Bs. As.: Grupo; 2005. Págs. 62-97.
39. ALIZADE, Mariam Alcira. *La mujer sola. Ensayo sobre la dama andante en Occidente*. Bs. As.: Lumen; 1998. Págs. 48-183.
40. BIBLIA DE JERUSALÉN. Edición popular. Bilbao: Grafo; 1975.
41. PALMERIO, Beatriz. “Los trastornos psicológicos en la premenopausia, en la menopausia y en la posmenopausia”. *Prescripción en climaterio*. Bs. As: Año I – Nro. 3. Pág. 1. 1992.
42. CORNACHIONE LARRÍNAGA, María A. Psicología del Desarrollo. Adultez. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Córdoba: Edit. Brujas; 2006. Pág. 18-137.
43. MINUCHIN, Salvador *Familias y terapia familiar*. Bs. As.: Gedisa; 1982. Págs. 80-82.

44. MINUCHIN, Salvador, FISHMAN, H. *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Gedisa; 1984. Págs. 80-86.
45. GROSMAN, Cecilia. *Violencia en la familia*. Bs. As.: Universidad; 1992. Pág.
46. ANDOLFI, Mauricio. *Detrás de la máscara familiar*. Bs. As.: Amorrortu; 1994. Págs.75-80.
47. ANDOLFI, Mauricio. *Tiempo y Mito en la psicoterapia familiar*. Bs. As.: Paidós; 1997. Págs.70.
48. ABADI, José E. *El sexo del nuevo siglo*. Bs. As.: Sudamericana; 2006. Págs. 9-57.
49. SINGER KAPLAN, Helen. *La nueva terapia sexual*. Tomo II Madrid: Alianza; 2007. Págs. 365-369.
50. WHITE, Michael. *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa; 2002. Pág. 17.
51. STIERLIN, Helm. *El individuo en el sistema*. Barcelona: Herder; 1997. Págs. 80-81.
52. PICHON-RIVIÈRE, Enrique y QUIROGA, Ana. *Psicología de la vida cotidiana*. Bs. As.: Nueva Visión; 1985. Págs. 9-96.
53. PICHON-RIVIÈRE, Enrique. *Teoría del vínculo*. Bs. As.: Nueva Visión; 1998. Págs. 21-26.
54. BERGER, P Y LUCKMANN, T. *La construcción social de la realidad*. Bs. As., Amorrortu; 1994. Págs.164-170.
55. DALLOS, Rudy. *Sistema de Creencias familiares*. Bs. As.: Paidós: 1996. Pág.177
56. GRIMBERG, León - GRIMBERG, Rebeca. *Identidad y cambio*. Bs. As.; Kargieman; 1971. Págs. 17-78.
57. BALDIN DE SLEMENSON, Alcira, y otros “*Sexualidad en el climaterio*”. *Actualizaciones tocoginecológicas. Nro. Especial. Sexualidad. Agora*. Volumen IV. Marzo 1993. Pág. 27.
58. FALICOV, Celia *Transiciones en la familia*. Bs. As.: Amorrortu; 1991. Págs. 332-333
59. ALIZADE, Mariam, et al. *Masculino-femenino. Cuestiones psicoanalíticas contemporáneas*. Buenos Aires: Lumen; 2004. Pág. 6.

60. BONINO, Luis. “Violencia y género: la construcción de la masculinidad como factor de riesgo.” en PEYRU, Graciela et al. *Violencias sociales – Autoritarismo y abuso de poder: epidemias del siglo XXI*. 2da edición. Bs. As.: Ariel; 2007. Págs. 117-137.

61. ABERASTURY, Arminda, KNOBEL, Mauricio, *La adolescencia normal*. Bs. As.: Paidós; 1983. Págs. 15-330.

62. FREUD, Sigmund. *El “yo” y el “ello”*. *Obras completas*. Tomo 3. Madrid: Biblioteca Nueva; 1996. Págs. 2709-2710.

63. FREUD, Sigmund. *El malestar en la cultura*. *Obras completas*. Tomo 3. Madrid: Biblioteca Nueva; 1996. Págs. 3031-3332.

64. DOLTO, Françoise. *La imagen inconsciente del cuerpo*. Bs. As.: Paidós; 1997. Págs. 18-52.

65. BURIN, Mabel. *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. Bs. As.: Paidós; 1990.

66. BLOS, Peter L., *Transición adolescente*. Bs. As.: Amorrortu; 1971. Pág. 150.

67. BERNARD, Michel. *El cuerpo*. Bs. As.: Paidós. 1985. Pág. 72.

68. BIANCHI, Ariel E., *Psicología de la adolescencia*. Bs. As.: Troquel; 1986. Pág.140.

69. AJURIAGUERA, J. “Génesis de los conceptos cognitivos del cuerpo” en Wapner, Werner y otros, *El percepto del cuerpo*. Bs. As., Paidós. 1969. Pág. 101.

70. CHIOZZA, Luis. “La concepción psicoanalítica del cuerpo”. *Revista de psicoanálisis*. Número especial 4. 1995. Pág. 75.

71. CHIOZZA, Luis. *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. Bs. As.: 4ta. Edición. Alianza: 2005. Pág. 85.

72. ROLLA, Edgard. “Esquema del cuerpo. Imagen del cuerpo”. *Revista de psicoanálisis*. Número especial 4. Pág. 173. 1995.

73. WINOCUR, Jorge. “El cuerpo del psicoanálisis” *Revista de Psicoanálisis*. Número Especial 4. Pág. 245. 1995.

74. WAPNER, S.; WERNER, H. *El percepto del cuerpo*. Bs. As.: Paidós; 1969. Pág. 18.

75. LE BOULCH, J. *Hacia una ciencia del movimiento humano*. Buenos Aires, Paidós. 1982. Págs. 70-85.

76. ROSSEL, Germaine. *Manual de educación psicomotriz*. Barcelona: Torray-Masson; 1969. Pág. 7.
77. FISHER, Seymour Y CLEVELAND, Sidney. “Personalidad, percepción del cuerpo y límites de la imagen corporal” en WAPNER, S.; WERNER, H. *El Percepto del cuerpo*. Bs. As.: Paidós; 1969. Pág. 56.
78. FROSTIG, Marianne. *Figuras y formas. Guía para el maestro*. Buenos Aires. Panamericana. 1978. Pág. 24-25.
79. BUCHER, Huguette. *Trastornos psicomotores. Práctica de la reducción psicomotriz*. Barcelona: Toray-Masson; 1973. Pág. 75.
80. FONSECA, Vítor da. *Estudio y génesis de la psicomotricidad*. Barcelona, INDE publicaciones; 1996. Pág. 103.
81. FARR, Robert. “Las representaciones sociales” en MOSCOVICE, Serge. *Psicología Social II*. Bs. As.: Paidós; 1992. Pág. 50.
82. QUIROGA, Ana. *Enfoques y perspectivas en psicología social*. Bs. As.: Chico. 1987. Pág. 150.
83. LE BRETON, David. *La sociología del cuerpo*. Bs. As.: Nueva Visión; 2002. Págs. 7-94.
84. SOPENA, Carlos. “El cuerpo en la histeria”. *Revista de Psicoanálisis*. Número Especial: 4. Págs. 221.1986.
85. GELDER, Michael; MAYOU, Richard; GEDDES, John. *Psiquiatría*. 2da reimpresión. Madrid: Marbrán; 2007. Págs. 122-126.
86. ERIKSON, Erik H. *El ciclo vital completado. Edición revisada y ampliada*. 3ra edición. Barcelona: Paidós; 2000. Págs. 33-125.
87. SCRIBANO, Adrián. *Introducción al Proceso de Investigación en Ciencias Sociales*. Córdoba: Copiar; 2002. Pág. 23.
88. YUNI, José y Urbano, Claudio. *Mapas y Herramientas para conocer la Escuela. Investigación etnográfica e investigación-acción*. Córdoba: Brujas, 1999, en EYNARD, Martín. *Las representaciones sociales del proceso de salud-enfermedad-atención: perspectiva de personas jóvenes con diabetes de la ciudad de Córdoba*. Trabajo Final de Grado para la Licenciatura en Sociología. Universidad Nacional de Villa María: Mimeo; 2007. Pag. 102.

89. Enciclopedia de medicina. *Cambios en el aparato reproductor femenino por el envejecimiento*. [http:\[fecha de acceso: 17.08.09\]](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004016.htm). Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004016.htm. Página actualizada 06.08.09.
90. A.A.E.C. Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio. *Trabajos Científicos*. Disponible en aapec.org/trab_cientificos/trabajos.htm.
91. I.M.S. Revista de Climaterio. *Envejecimiento, Menopausia, Enfermedad*. Junta de la Sociedad Internacional de Menopausia. [http:\[fecha de acceso: 17.02.10\]](http://www.ims.hk/p:nietoeditores.commx/downlkad/climaterio/nov/dic/2009). Volumen 13, Nro. 73, noviembre-diciembre 2009. Páginas 1-13 disponible en: www.ims.hk/p:nietoeditores.commx/downlkad/climaterio/nov/dic/2009.
92. NAMS. La Sociedad Norteamericana de Menopausia. [http:\[fecha de acceso: 10.02.09\]](http://www.asomenopausia.com/index.php?option=con_content&view=artileid=69). Disponible en http://www.asomenopausia.com/index.php?option=con_content&view=artileid=69: la sociedad-norteamericana-de-menopusa-nams-se-pronuncia-nuevamente.
93. Palacios S.; Henderson V.W. Sisetes N., et al. Age of mepopause and impacto f climateric symptonis by geographical region. Disponible en <http://www.nabinlm.nih.gov/pupmed/20690868>.
93. Menaq Locus. Menopause, Natural. Age quantitative. MiMi%300488. Disponible en <http://www.nahi.nlm.nih.gov/omim> Pubmed.
94. JICK, Todd. *Mezclando métodos cualitativos y cuantitativos: Triangulación en acción*. Pág. 2 En Bertanix, Daniel, Jick Todd. Documentos de trabajos. Nro. 5. Metodología de investigación cualitativa. Bs. As. IICE. Fac. de Filosofía y Letra. UBA; 1994.
95. GARZA TOLEDO, Enrique; NEFFA, Julio. Compiladoras. *El trabajo del futuro. El futuro del trabajo*. Bs. As.: 2001.
96. JODELET, Denise. “La representación social: fenómenos, concepto y teoría” en MOSCOVICI, Serge. *Psicología Social*, II. Bs. As.: Paidós; 1994. Pág. 472.
97. D'ANGELO, Rinty, CARBAJAL, Eduardo, MARCHILLI, Alberto. *Una introducción a Lacan*. Bs. As: Lugar; 1984. Pág: 53.
98. GOFFMAN, Erving. *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu; 1970. Pág. 16.
99. MAINETTI José Alberto. *Quirón. Revista De medicina y bioética. El orden bioético*. Volumen 37 Nro. ½ - 2006. Pág.10.

100. INDEC. Esperanza de vida al nacer por sexo y jurisdicción. Año 1990/92 y 2000/01. [Disponible en http://www.indec.fov.ar/nuevaweb/cuadros/2/ind_demograf_5.xls. Consultado el 24.08.10.

101. EYNARD, Martín. *Las representaciones sociales del proceso de salud-enfermedad- atención: perspectiva de personas jóvenes con diabetes de la ciudad de Córdoba*. [Trabajo Final de Grado para la Licenciatura en Sociología]. Universidad Nacional de Villa María: Mimeo; 2007. Pág. 62.

ANEXOS

Encuestas

La siguiente es una encuesta anónima –es decir que Ud. no tiene que poner su nombre-. Los resultados de la misma servirán como parte de un trabajo de investigación sobre climaterio para la Maestría de Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC.

Desde ya, muchas gracias por su participación.

Por favor complete los casilleros () con una “X” o escriba en las líneas punteadas ... según corresponda. Lea atentamente antes de contestar cada pregunta.

1. Hospital.....

2. Fecha de hoy: .../.../....

3. Sexo:

Masculino ()

4. Edad:

40 – 43 ()

44 – 47 ()

48 – 51 ()

52 – 55 ()

56 – 60 ()

Más de 60 ()

5. Estado civil actual (marque una de las siguientes opciones con una X):

En matrimonio ()

En unión consensual ()

Soltero ()

Divorciado – separado ()

Viudo ()

6. Nivel educativo alcanzado (marque una de las siguientes opciones con una X):

Sin estudios ()

Primario incompleto ()

Primario completo ()

Secundario incompleto ()

Secundario completo ()

Terciario/universitario incompleto ()

Terciario/universitario completo ()

7. ¿Trabaja?

No ()

Sí () → Ocupación actual (marque una de las siguientes opciones con una X):

Director de empresa ()

Profesional en función específica ()

Propietario PyME ()

Personal técnico ()

Empleado administrativo ()

Trabajador especializado ()

Obrero calificado ()

Obrero no calificado ()

Empleado doméstico - jornalero ()

Amo de casa ()

Jubilado ()

8. ¿Con quién/es vive? (marque con una X la/s opción/es que corresponda/n)

- Solo
- Pareja
- Hija/o/s
- Madre
- Padre
- Abuela/o/s
- Hermana/o/s
- Otra/o/s/ ¿quién/es?:

9. ¿Tiene hijos?

- No
- Sí ¿Qué cantidad?:
- 1 → ¿de qué edad?:
- 2 → ¿de qué edades?:/.....
- 3 o más → ¿de qué edades?:/...../.....

10. ¿Sabe Ud. qué es la andropausia?

- No → ir al punto 26 (“*MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN*”)
- Sí → ir a preguntas siguientes

11. Nombre tres palabras que Ud. asocie a la idea de andropausia (climaterio masculino):

- a).....
- b).....
- c).....

12. ¿Cree Ud. que existe el climaterio femenino?

- No
- Sí

13. ¿Cree Ud. que existe la andropausia (climaterio masculino)?

- No
- Sí

14. ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? (marque con una X la/s opción/es que corresponda/n)

- a) Bochornos, sudoración, calores.
- b) Molestias en el corazón (sentir palpitaciones, opresión en el pecho).
- c) Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco, se despierta con frecuencia).
- d) Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones)
- e) Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimido, decaído, triste, fatiga, pensamientos recurrentes de muerte).
- f) Irritabilidad (sentirse tenso, intolerante)
- g) Ansiedad (sentirse angustiado, temeroso, inquieto, tendencia al pánico).
- h) Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa rápidamente, tiene olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse).
- i) Problemas sexuales (menos deseo sexual, menor frecuencia en las relaciones sexuales, menor satisfacción sexual).
- j) Problemas urinarios (dificultad para orinar, orina más veces, urgencia de orinar, incontinencia de orina).

15. ¿Cree Ud. que la mujer en climaterio pierde el atractivo físico?

- No
- Sí

16. ¿Cree Ud. que el varón en andropausia (climaterio) pierde el atractivo físico?

No
 Sí

17. ¿Cree Ud. que la feminidad de la mujer se pierde en la etapa del climaterio?

No
 Sí

18. ¿Cree Ud. que la masculinidad del varón se pierde en la etapa de la andropausia (climaterio masculino)?

No
 Sí

19. ¿Considera Ud. que el deseo sexual disminuye en la etapa de la andropausia (climaterio masculino)?

No
 Sí

20. ¿Cree Ud. que la etapa de la andropausia (climaterio masculino) representa ventajas?

No
 Sí

..... → ¿Cuáles?

.....

.....

21. ¿Cree Ud. que en la etapa de la andropausia (climaterio masculino) se pueden hacer proyectos de vida?

No
 Sí

22. ¿Ha sentido sensación de piel genital más seca, menor fuerza eyaculatoria y/o erección más tardía?

No
 Sí

23. ¿Tuvo alguna vez en su vida relaciones sexuales?

No
 Sí

→ ¿Mantiene *actualmente* relaciones sexuales? No
 Sí

24. ¿Ha utilizado o utiliza viagra (sildenafil) u otros para mantener su erección?

No
 Si

25. ¿Se lo prescribió su médico?

No
 Si

26. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.-

La siguiente es una encuesta anónima –es decir que Ud. no tiene que poner su nombre-. Los resultados de la misma servirán como parte de un trabajo de investigación sobre climaterio para la Maestría de Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC.

Desde ya, muchas gracias por su participación.

Por favor complete los casilleros () con una “X” o escriba en las líneas punteadas ... según corresponda. Lea atentamente antes de contestar cada pregunta.

1. Hospital.....

2. Fecha de hoy: .../.../....

3. Sexo:

Femenino ()

4. Edad:

40 – 43 ()

44 – 47 ()

48 – 51 ()

52 – 55 ()

56 – 60 ()

Más de 60 ()

5. Estado civil actual (marque una de las siguientes opciones con una X):

En matrimonio ()

En unión consensual ()

Soltera ()

Divorciada – separada ()

Viuda ()

6. Nivel educativo alcanzado (marque una de las siguientes opciones con una X):

Sin estudios ()

Primario incompleto ()

Primario completo ()

Secundario incompleto ()

Secundario completo ()

Terciario/universitario incompleto ()

Terciario/universitario completo ()

7. ¿Trabaja?

No ()

Sí () → Ocupación actual (marque una de las siguientes opciones con una X):

Directora de empresa ()

Profesional en función específica ()

Propietaria PyME ()

Personal técnico ()

Empleada administrativa ()

Trabajadora especializada ()

Obrera calificada ()

Obrera no calificada ()

Empleada doméstica / - jornalero/a ()

Ama de casa ()

Jubilada ()

8. ¿Con quién/es vive? (marque con una X la/s opción/es que corresponda/n)

Sola ()

- Pareja
- Hija/o/s
- Madre
- Padre
- Abuela/o/s
- Hermana/o/s
- Otra/o/s/ ¿quién/es?:

9. ¿Tiene hijos?

No

Sí **¿Qué cantidad?:**

1 → **¿de qué edad?:**

2 → **¿de qué edades?:**/.....

3 o más → **¿de qué edades?:**/...../...../.....

10. ¿Sabe Ud. qué es el *climaterio*?

No → ir al punto 26 ("**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**")

Sí → ir a preguntas siguientes

11. Nombre tres palabras que Ud. asocie a la idea de "*climaterio*":

a).....

b).....

c).....

12. ¿Cree Ud. que existe el *climaterio* femenino?

No

Sí

13. ¿Cree Ud. que existe la *andropausia* (*climaterio* masculino)?

No

Sí

14. ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? (marque con una X la/s opción/es que corresponda/n)

a) Bochornos, sudoración, calores. ()

b) Molestias en el corazón (sentir palpitaciones, opresión en el pecho). ()

c) Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco, se despierta con frecuencia). ()

d) Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones) ()

e) Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimido, decaído, triste, fatiga, pensamientos recurrentes de muerte). ()

f) Irritabilidad (sentirse tensa, intolerante) ()

g) Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico). ()

h) Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa rápidamente, tiene olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse). ()

i) Problemas sexuales (menos deseo sexual, menor frecuencia en las relaciones sexuales, menor satisfacción sexual). ()

j) Problemas urinarios (dificultad para orinar, orina más veces, urgencia de orinar, incontinencia de orina). ()

15. ¿Cree Ud. que la mujer en *climaterio* pierde el atractivo físico?

No

Sí

16. ¿Cree Ud. que el varón en *andropausia* (*climaterio* masculino) pierde el atractivo físico?

No

Sí

17. ¿Cree Ud. que la feminidad de la mujer se pierde en la etapa del climaterio?

No

Sí

18. ¿Cree Ud. que la masculinidad del varón se pierde en la etapa de la andropausia (climaterio masculino)?

No

Sí

19. ¿Considera Ud. que el deseo sexual disminuye en la etapa del climaterio?

No

Sí

20. ¿Cree Ud. que la etapa del climaterio representa ventajas?

No

Sí → ¿Cuáles?

.....

21. ¿Cree Ud. que en la etapa del climaterio se pueden hacer proyectos de vida?

No

Sí

22. ¿Ha sentido sequedad vaginal, sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales, malestar y/o dolor en las relaciones sexuales?

No

Sí

23. ¿Tuvo alguna vez en su vida relaciones sexuales?

No

Sí → ¿Mantiene *actualmente* relaciones sexuales? No

Sí

24. ¿Durante las relaciones sexuales, ha utilizado o utiliza lubricante vaginal u otro método para la sequedad vaginal?

No

Si

25. ¿Se lo prescribió su médico/a?

No

Si

26. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.-

Tablas**Tabla 2. Tabla de contingencia Edad * Sexo**

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
Edad	NS/NC	Recuento	4	0	4
		% de Edad	100,0%	,0%	100,0%
		% de Sexo	3,0%	,0%	1,6%
		% del total	1,6%	,0%	1,6%
	40-43 años	Recuento	21	7	28
		% de Edad	75,0%	25,0%	100,0%
		% de Sexo	15,8%	6,0%	11,2%
		% del total	8,4%	2,8%	11,2%
	44-47 años	Recuento	18	3	21
		% de Edad	85,7%	14,3%	100,0%
		% de Sexo	13,5%	2,6%	8,4%
		% del total	7,2%	1,2%	8,4%
	48-51 años	Recuento	22	25	47
		% de Edad	46,8%	53,2%	100,0%
		% de Sexo	16,5%	21,6%	18,9%
		% del total	8,8%	10,0%	18,9%
	52-55 años	Recuento	35	15	50
		% de Edad	70,0%	30,0%	100,0%
		% de Sexo	26,3%	12,9%	20,1%
		% del total	14,1%	6,0%	20,1%
	56-60 años	Recuento	23	10	33
		% de Edad	69,7%	30,3%	100,0%
		% de Sexo	17,3%	8,6%	13,3%
		% del total	9,2%	4,0%	13,3%
	Más de 60 años	Recuento	10	56	66
		% de Edad	15,2%	84,8%	100,0%
		% de Sexo	7,5%	48,3%	26,5%
		% del total	4,0%	22,5%	26,5%
Total		Recuento	133	116	249
		% de Edad	53,4%	46,6%	100,0%
		% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	53,4%	46,6%	100,0%

Tabla 3. Tabla de contingencia Estado civil actual * Sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
Estado civil actual	En matrimonio	Recuento	66	46	112
		% de Estado civil actual	58,9%	41,1%	100,0%
		% de Sexo	49,6%	39,7%	45,0%
		% del total	26,5%	18,5%	45,0%
	En unión consensual	Recuento	17	31	48
		% de Estado civil actual	35,4%	64,6%	100,0%
		% de Sexo	12,8%	26,7%	19,3%
		% del total	6,8%	12,4%	19,3%
	Soltera/o	Recuento	12	15	27
		% de Estado civil actual	44,4%	55,6%	100,0%
		% de Sexo	9,0%	12,9%	10,8%
		% del total	4,8%	6,0%	10,8%
	Divorciada / separada-o	Recuento	24	14	38
		% de Estado civil actual	63,2%	36,8%	100,0%
		% de Sexo	18,0%	12,1%	15,3%
		% del total	9,6%	5,6%	15,3%
	Viuda/o	Recuento	14	10	24
		% de Estado civil actual	58,3%	41,7%	100,0%
		% de Sexo	10,5%	8,6%	9,6%
		% del total	5,6%	4,0%	9,6%
Total		Recuento	133	116	249
		% de Estado civil actual	53,4%	46,6%	100,0%
		% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	53,4%	46,6%	100,0%

Tabla 4. Tabla de contingencia Nivel educativo alcanzado * Sexo

		Sexo		Total	
		Mujer	Varón		
Nivel educativo alcanzado	NS/NC	Recuento	1	0	1
		% de Nivel educativo alcanzado	100,0%	,0%	100,0%
		% de Sexo	,8%	,0%	,4%
		% del total	,4%	,0%	,4%
	Sin estudios	Recuento	0	2	2
		% de Nivel educativo alcanzado	,0%	100,0%	100,0%
		% de Sexo	,0%	1,7%	,8%
		% del total	,0%	,8%	,8%
	Primario incompleto	Recuento	15	15	30
		% de Nivel educativo alcanzado	50,0%	50,0%	100,0%
		% de Sexo	11,3%	12,9%	12,0%
		% del total	6,0%	6,0%	12,0%
	Primario completo	Recuento	16	28	44
		% de Nivel educativo alcanzado	36,4%	63,6%	100,0%
		% de Sexo	12,0%	24,1%	17,7%
		% del total	6,4%	11,2%	17,7%
	Secundario incompleto	Recuento	27	33	60
		% de Nivel educativo alcanzado	45,0%	55,0%	100,0%
		% de Sexo	20,3%	28,4%	24,1%
		% del total	10,8%	13,3%	24,1%
	Secundario completo	Recuento	37	26	63
		% de Nivel educativo alcanzado	58,7%	41,3%	100,0%
		% de Sexo	27,8%	22,4%	25,3%
		% del total	14,9%	10,4%	25,3%
	Terciario/universitario incompleto	Recuento	25	8	33
		% de Nivel educativo alcanzado	75,8%	24,2%	100,0%
		% de Sexo	18,8%	6,9%	13,3%
		% del total	10,0%	3,2%	13,3%
	Terciario/universitario completo	Recuento	12	4	16
		% de Nivel educativo alcanzado	75,0%	25,0%	100,0%
		% de Sexo	9,0%	3,4%	6,4%
		% del total	4,8%	1,6%	6,4%
Total		Recuento	133	116	249

	% de Nivel educativo alcanzado	53,4%	46,6%	100,0%
	% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	53,4%	46,6%	100,0%

Tabla 5. Tabla de contingencia Trabajo - ocupación actual * Sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
Trabajo - ocupación actual	NS/NC	Recuento	1	0	1
		% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
		% de Sexo	,8%	,0%	,4%
		% del total	,4%	,0%	,4%
	No trabaja	Recuento	10	15	25
		% de Trabajo - ocupación actual	40,0%	60,0%	100,0%
		% de Sexo	7,5%	12,9%	10,0%
		% del total	4,0%	6,0%	10,0%
	Profesional en función específica	Recuento	10	6	16
		% de Trabajo - ocupación actual	62,5%	37,5%	100,0%
		% de Sexo	7,5%	5,2%	6,4%
		% del total	4,0%	2,4%	6,4%
	Propietario/a PyME	Recuento	12	3	15
		% de Trabajo - ocupación actual	80,0%	20,0%	100,0%
		% de Sexo	9,0%	2,6%	6,0%
		% del total	4,8%	1,2%	6,0%
	Personal técnico	Recuento	0	9	9
		% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
		% de Sexo	,0%	7,8%	3,6%
		% del total	,0%	3,6%	3,6%
	Empleado/a administrativo/a	Recuento	17	7	24
		% de Trabajo - ocupación actual	70,8%	29,2%	100,0%
		% de Sexo	12,8%	6,0%	9,6%
		% del total	6,8%	2,8%	9,6%
	Trabajador/a especializado/a	Recuento	9	20	29
		% de Trabajo - ocupación actual	31,0%	69,0%	100,0%
		% de Sexo	6,8%	17,2%	11,6%
		% del total	3,6%	8,0%	11,6%
	Obrero/a calificado/a	Recuento	3	13	16
		% de Trabajo - ocupación actual	18,8%	81,3%	100,0%
		% de Sexo	2,3%	11,2%	6,4%
		% del total	1,2%	5,2%	6,4%
	Obrero/a no calificado/a	Recuento	1	7	8

		% de Trabajo - ocupación actual	12,5%	87,5%	100,0%
		% de Sexo	,8%	6,0%	3,2%
		% del total	,4%	2,8%	3,2%
	Empleada/o doméstica/o - jornalero/a	Recuento	13	1	14
		% de Trabajo - ocupación actual	92,9%	7,1%	100,0%
		% de Sexo	9,8%	,9%	5,6%
		% del total	5,2%	,4%	5,6%
	Ama/o de casa	Recuento	46	0	46
		% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
		% de Sexo	34,6%	,0%	18,5%
		% del total	18,5%	,0%	18,5%
	Jubilado/a	Recuento	9	35	44
		% de Trabajo - ocupación actual	20,5%	79,5%	100,0%
		% de Sexo	6,8%	30,2%	17,7%
		% del total	3,6%	14,1%	17,7%
	Sí trabaja (sin especificar)	Recuento	2	0	2
		% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
		% de Sexo	1,5%	,0%	,8%
		% del total	,8%	,0%	,8%
Total		Recuento	133	116	249
	% de Trabajo - ocupación actual		53,4%	46,6%	100,0%
	% de Sexo		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		53,4%	46,6%	100,0%

Tabla 6. Tabla de contingencia Trabajo - ocupación actual * Sexo * Nivel educativo alcanzado

Nivel educativo alcanzado				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	Trabajo - ocupación actual	Ama/o de casa	Recuento	1		1
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %		100,0 %
			% de Sexo	100,0 %		100,0 %
			% del total	100,0 %		100,0 %
	Total		Recuento	1		1
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %		100,0 %
			% de Sexo	100,0 %		100,0 %
			% del total	100,0 %		100,0 %
Sin estudios	Trabajo - ocupación actual	No trabaja	Recuento		1	1
			% de Trabajo - ocupación actual		100,0 %	100,0 %
			% de Sexo		50,0%	50,0%
			% del total		50,0%	50,0%
		Jubilado/a	Recuento		1	1
			% de Trabajo - ocupación actual		100,0 %	100,0 %
			% de Sexo		50,0%	50,0%
			% del total		50,0%	50,0%
	Total		Recuento		2	2
			% de Trabajo - ocupación actual		100,0 %	100,0 %
			% de Sexo		100,0 %	100,0 %
			% del total		100,0 %	100,0 %
Primario incompleto	Trabajo - ocupación actual	No trabaja	Recuento	1	3	4
			% de Trabajo - ocupación actual	25,0%	75,0%	100,0 %
			% de Sexo	6,7%	20,0%	13,3%
			% del total	3,3%	10,0%	13,3%
		Personal técnico	Recuento	0	1	1
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0 %	100,0 %
			% de Sexo	,0%	6,7%	3,3%
			% del total	,0%	3,3%	3,3%
		Empleado/a administrativo/a	Recuento	1	0	1
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	6,7%	,0%	3,3%
			% del total	3,3%	,0%	3,3%
		Trabajador/a especializado/a	Recuento	1	1	2
			% de Trabajo -	50,0%	50,0%	100,0

			ocupación actual			%
			% de Sexo	6,7%	6,7%	6,7%
			% del total	3,3%	3,3%	6,7%
		Obrero/a calificado/a	Recuento	0	2	2
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	13,3%	6,7%
			% del total	,0%	6,7%	6,7%
		Obrero/a no calificado/a	Recuento	1	2	3
			% de Trabajo - ocupación actual	33,3%	66,7%	100,0%
			% de Sexo	6,7%	13,3%	10,0%
			% del total	3,3%	6,7%	10,0%
		Empleada/o doméstica/o - jornalero/a	Recuento	2	0	2
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	13,3%	,0%	6,7%
			% del total	6,7%	,0%	6,7%
		Ama/o de casa	Recuento	7	0	7
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	46,7%	,0%	23,3%
			% del total	23,3%	,0%	23,3%
		Jubilado/a	Recuento	2	6	8
			% de Trabajo - ocupación actual	25,0%	75,0%	100,0%
			% de Sexo	13,3%	40,0%	26,7%
			% del total	6,7%	20,0%	26,7%
	Total		Recuento	15	15	30
			% de Trabajo - ocupación actual	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	50,0%	50,0%	100,0%
Primario completo	Trabajo - ocupación actual	No trabaja	Recuento	1	4	5
			% de Trabajo - ocupación actual	20,0%	80,0%	100,0%
			% de Sexo	6,3%	14,3%	11,4%
			% del total	2,3%	9,1%	11,4%
		Profesional en función específica	Recuento	0	1	1
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	3,6%	2,3%
			% del total	,0%	2,3%	2,3%
		Propietario/a PyME	Recuento	2	0	2
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	12,5%	,0%	4,5%
			% del total	4,5%	,0%	4,5%
		Personal técnico	Recuento	0	1	1

			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0 %	100,0 %
			% de Sexo	,0%	3,6%	2,3%
			% del total	,0%	2,3%	2,3%
		Trabajador/a especializado/a	Recuento	0	4	4
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0 %	100,0 %
			% de Sexo	,0%	14,3%	9,1%
			% del total	,0%	9,1%	9,1%
		Obrero/a calificado/a	Recuento	2	3	5
			% de Trabajo - ocupación actual	40,0%	60,0%	100,0 %
			% de Sexo	12,5%	10,7%	11,4%
			% del total	4,5%	6,8%	11,4%
		Obrero/a no calificado/a	Recuento	0	2	2
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0 %	100,0 %
			% de Sexo	,0%	7,1%	4,5%
			% del total	,0%	4,5%	4,5%
		Ama/o de casa	Recuento	9	0	9
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	56,3%	,0%	20,5%
			% del total	20,5%	,0%	20,5%
		Jubilado/a	Recuento	2	13	15
			% de Trabajo - ocupación actual	13,3%	86,7%	100,0 %
			% de Sexo	12,5%	46,4%	34,1%
			% del total	4,5%	29,5%	34,1%
	Total		Recuento	16	28	44
			% de Trabajo - ocupación actual	36,4%	63,6%	100,0 %
			% de Sexo	100,0 %	100,0 %	100,0 %
			% del total	36,4%	63,6%	100,0 %
Secundario incompleto	Trabajo - ocupación actual	No trabaja	Recuento	3	5	8
			% de Trabajo - ocupación actual	37,5%	62,5%	100,0 %
			% de Sexo	11,1%	15,2%	13,3%
			% del total	5,0%	8,3%	13,3%
		Profesional en función específica	Recuento	1	0	1
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	3,7%	,0%	1,7%
			% del total	1,7%	,0%	1,7%
		Propietario/a PyME	Recuento	4	2	6
			% de Trabajo - ocupación actual	66,7%	33,3%	100,0 %
			% de Sexo	14,8%	6,1%	10,0%
			% del total	6,7%	3,3%	10,0%
		Personal técnico	Recuento	0	3	3

			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0 %	100,0 %
			% de Sexo	,0%	9,1%	5,0%
			% del total	,0%	5,0%	5,0%
		Empleado/a administrativo/a	Recuento	0	2	2
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0 %	100,0 %
			% de Sexo	,0%	6,1%	3,3%
			% del total	,0%	3,3%	3,3%
		Trabajador/a especializado/a	Recuento	2	7	9
			% de Trabajo - ocupación actual	22,2%	77,8%	100,0 %
			% de Sexo	7,4%	21,2%	15,0%
			% del total	3,3%	11,7%	15,0%
		Obrero/a calificado/a	Recuento	0	6	6
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0 %	100,0 %
			% de Sexo	,0%	18,2%	10,0%
			% del total	,0%	10,0%	10,0%
		Obrero/a no calificado/a	Recuento	0	3	3
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0 %	100,0 %
			% de Sexo	,0%	9,1%	5,0%
			% del total	,0%	5,0%	5,0%
		Empleada/o doméstica/o - jornalero/a	Recuento	4	0	4
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	14,8%	,0%	6,7%
			% del total	6,7%	,0%	6,7%
		Ama/o de casa	Recuento	11	0	11
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	40,7%	,0%	18,3%
			% del total	18,3%	,0%	18,3%
		Jubilado/a	Recuento	1	5	6
			% de Trabajo - ocupación actual	16,7%	83,3%	100,0 %
			% de Sexo	3,7%	15,2%	10,0%
			% del total	1,7%	8,3%	10,0%
		Sí trabaja (sin especificar)	Recuento	1	0	1
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	3,7%	,0%	1,7%
			% del total	1,7%	,0%	1,7%
	Total		Recuento	27	33	60
			% de Trabajo - ocupación actual	45,0%	55,0%	100,0 %
			% de Sexo	100,0	100,0	100,0

				%	%	%
			% del total	45,0%	55,0%	100,0%
Secundario completo	Trabajo - ocupación actual	No trabaja	Recuento	3	2	5
			% de Trabajo - ocupación actual	60,0%	40,0%	100,0%
			% de Sexo	8,1%	7,7%	7,9%
			% del total	4,8%	3,2%	7,9%
		Profesional en función específica	Recuento	0	1	1
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	3,8%	1,6%
			% del total	,0%	1,6%	1,6%
		Propietario/a PyME	Recuento	2	0	2
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	5,4%	,0%	3,2%
			% del total	3,2%	,0%	3,2%
		Personal técnico	Recuento	0	4	4
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	15,4%	6,3%
			% del total	,0%	6,3%	6,3%
		Empleado/a administrativo/a	Recuento	6	5	11
			% de Trabajo - ocupación actual	54,5%	45,5%	100,0%
			% de Sexo	16,2%	19,2%	17,5%
			% del total	9,5%	7,9%	17,5%
		Trabajador/a especializado/a	Recuento	3	5	8
			% de Trabajo - ocupación actual	37,5%	62,5%	100,0%
			% de Sexo	8,1%	19,2%	12,7%
			% del total	4,8%	7,9%	12,7%
		Obrero/a calificado/a	Recuento	1	1	2
			% de Trabajo - ocupación actual	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	2,7%	3,8%	3,2%
			% del total	1,6%	1,6%	3,2%
		Empleada/o doméstica/o - jornalero/a	Recuento	7	1	8
			% de Trabajo - ocupación actual	87,5%	12,5%	100,0%
			% de Sexo	18,9%	3,8%	12,7%
			% del total	11,1%	1,6%	12,7%
		Ama/o de casa	Recuento	12	0	12

			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	32,4%	,0%	19,0%
			% del total	19,0%	,0%	19,0%
		Jubilado/a	Recuento	3	7	10
			% de Trabajo - ocupación actual	30,0%	70,0%	100,0 %
			% de Sexo	8,1%	26,9%	15,9%
			% del total	4,8%	11,1%	15,9%
	Total		Recuento	37	26	63
			% de Trabajo - ocupación actual	58,7%	41,3%	100,0 %
			% de Sexo	100,0 %	100,0 %	100,0 %
			% del total	58,7%	41,3%	100,0 %
Terciario/ universitario incompleto	Trabajo - ocupación actual	NS/NC	Recuento	1	0	1
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	4,0%	,0%	3,0%
			% del total	3,0%	,0%	3,0%
		No trabaja	Recuento	2	0	2
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	8,0%	,0%	6,1%
			% del total	6,1%	,0%	6,1%
		Profesional en función específica	Recuento	3	0	3
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	12,0%	,0%	9,1%
			% del total	9,1%	,0%	9,1%
		Propietario/a PyME	Recuento	3	1	4
			% de Trabajo - ocupación actual	75,0%	25,0%	100,0 %
			% de Sexo	12,0%	12,5%	12,1%
			% del total	9,1%	3,0%	12,1%
		Empleado/a administrativo/a	Recuento	8	0	8
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	32,0%	,0%	24,2%
			% del total	24,2%	,0%	24,2%
		Trabajador/a especializado/a	Recuento	3	3	6
			% de Trabajo - ocupación actual	50,0%	50,0%	100,0 %
			% de Sexo	12,0%	37,5%	18,2%
			% del total	9,1%	9,1%	18,2%
		Obrero/a calificado/a	Recuento	0	1	1

			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0 %	100,0 %
			% de Sexo	,0%	12,5%	3,0%
			% del total	,0%	3,0%	3,0%
		Ama/o de casa	Recuento	4	0	4
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	16,0%	,0%	12,1%
			% del total	12,1%	,0%	12,1%
		Jubilado/a	Recuento	0	3	3
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0 %	100,0 %
			% de Sexo	,0%	37,5%	9,1%
			% del total	,0%	9,1%	9,1%
		Sí trabaja (sin especificar)	Recuento	1	0	1
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	4,0%	,0%	3,0%
			% del total	3,0%	,0%	3,0%
	Total		Recuento	25	8	33
			% de Trabajo - ocupación actual	75,8%	24,2%	100,0 %
			% de Sexo	100,0 %	100,0 %	100,0 %
			% del total	75,8%	24,2%	100,0 %
Terciario/ universitario completo	Trabajo - ocupación actual	Profesional en función específica	Recuento	6	4	10
			% de Trabajo - ocupación actual	60,0%	40,0%	100,0 %
			% de Sexo	50,0%	100,0 %	62,5%
			% del total	37,5%	25,0%	62,5%
		Propietario/a PyME	Recuento	1	0	1
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	8,3%	,0%	6,3%
			% del total	6,3%	,0%	6,3%
		Empleado/a administrativo/a	Recuento	2	0	2
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	16,7%	,0%	12,5%
			% del total	12,5%	,0%	12,5%
		Ama/o de casa	Recuento	2	0	2
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	16,7%	,0%	12,5%
			% del total	12,5%	,0%	12,5%
		Jubilado/a	Recuento	1	0	1

			% de Trabajo - ocupación actual	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	8,3%	,0%	6,3%
			% del total	6,3%	,0%	6,3%
	Total		Recuento	12	4	16
			% de Trabajo - ocupación actual	75,0%	25,0%	100,0 %
			% de Sexo	100,0 %	100,0 %	100,0 %
			% del total	75,0%	25,0%	100,0 %

Tabla 7. Tabla de contingencia trabajo (ocupación actual) – estado civil actual – sexo

Estado civil actual				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
En matrimonio	Trabajo - ocupación actual	NS/NC	Recuento	1	0	1
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	1,5%	,0%	,9%
			% del total	,9%	,0%	,9%
		No trabaja	Recuento	8	8	16
			% de Trabajo - ocupación actual	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	12,1%	17,4%	14,3%
			% del total	7,1%	7,1%	14,3%
		Profesional en función específica	Recuento	5	3	8
			% de Trabajo - ocupación actual	62,5%	37,5%	100,0%
			% de Sexo	7,6%	6,5%	7,1%
			% del total	4,5%	2,7%	7,1%
		Propietario/a PyME	Recuento	6	1	7
			% de Trabajo - ocupación actual	85,7%	14,3%	100,0%
			% de Sexo	9,1%	2,2%	6,3%
			% del total	5,4%	,9%	6,3%
		Personal técnico	Recuento	0	1	1
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	2,2%	,9%
			% del total	,0%	,9%	,9%
		Empleado/a administrativo/a	Recuento	5	2	7
			% de Trabajo - ocupación actual	71,4%	28,6%	100,0%
			% de Sexo	7,6%	4,3%	6,3%
			% del total	4,5%	1,8%	6,3%
		Trabajador/a especializado/a	Recuento	2	5	7
			% de Trabajo - ocupación actual	28,6%	71,4%	100,0%
			% de Sexo	3,0%	10,9%	6,3%
			% del total	1,8%	4,5%	6,3%
		Obrero/a calificado/a	Recuento	0	7	7

			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	15,2%	6,3%
			% del total	,0%	6,3%	6,3%
		Obrero/a no calificado/a	Recuento	1	1	2
			% de Trabajo - ocupación actual	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	1,5%	2,2%	1,8%
			% del total	,9%	,9%	1,8%
		Empleada/o doméstica/o - jornalero/a	Recuento	4	0	4
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	6,1%	,0%	3,6%
			% del total	3,6%	,0%	3,6%
		Ama/o de casa	Recuento	27	0	27
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	40,9%	,0%	24,1%
			% del total	24,1%	,0%	24,1%
		Jubilado/a	Recuento	6	18	24
			% de Trabajo - ocupación actual	25,0%	75,0%	100,0%
			% de Sexo	9,1%	39,1%	21,4%
			% del total	5,4%	16,1%	21,4%
		Sí trabaja (sin especificar)	Recuento	1	0	1
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	1,5%	,0%	,9%
			% del total	,9%	,0%	,9%
	Total		Recuento	66	46	112
			% de Trabajo - ocupación actual	58,9%	41,1%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	58,9%	41,1%	100,0%
En unión consensual	Trabajo - ocupación actual	No trabaja	Recuento	1	1	2
			% de Trabajo - ocupación actual	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	5,9%	3,2%	4,2%
			% del total	2,1%	2,1%	4,2%
		Profesional en función específica	Recuento	2	1	3
			% de Trabajo - ocupación actual	66,7%	33,3%	100,0%
			% de Sexo	11,8%	3,2%	6,3%
			% del total	4,2%	2,1%	6,3%

		Propietario/a PyME	Recuento	4	1	5
			% de Trabajo - ocupación actual	80,0%	20,0%	100,0%
			% de Sexo	23,5%	3,2%	10,4%
			% del total	8,3%	2,1%	10,4%
		Personal técnico	Recuento	0	6	6
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	19,4%	12,5%
			% del total	,0%	12,5%	12,5%
		Empleado/a administrativo/a	Recuento	0	3	3
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	9,7%	6,3%
			% del total	,0%	6,3%	6,3%
		Trabajador/a especializado/a	Recuento	0	8	8
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	25,8%	16,7%
			% del total	,0%	16,7%	16,7%
		Obrero/a calificado/a	Recuento	0	5	5
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	16,1%	10,4%
			% del total	,0%	10,4%	10,4%
		Obrero/a no calificado/a	Recuento	0	4	4
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	12,9%	8,3%
			% del total	,0%	8,3%	8,3%
		Empleada/o doméstica/o - jornalero/a	Recuento	3	0	3
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	17,6%	,0%	6,3%
			% del total	6,3%	,0%	6,3%
		Ama/o de casa	Recuento	7	0	7
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	41,2%	,0%	14,6%
			% del total	14,6%	,0%	14,6%
		Jubilado/a	Recuento	0	2	2
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%

			% de Sexo	,0%	6,5%	4,2%
			% del total	,0%	4,2%	4,2%
	Total		Recuento	17	31	48
			% de Trabajo - ocupación actual	35,4%	64,6%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	35,4%	64,6%	100,0%
Soltera/o	Trabajo - ocupación actual	No trabaja	Recuento	0	3	3
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	20,0%	11,1%
			% del total	,0%	11,1%	11,1%
		Profesional en función específica	Recuento	1	0	1
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	8,3%	,0%	3,7%
			% del total	3,7%	,0%	3,7%
		Propietario/a PyME	Recuento	0	1	1
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	6,7%	3,7%
			% del total	,0%	3,7%	3,7%
		Personal técnico	Recuento	0	1	1
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	6,7%	3,7%
			% del total	,0%	3,7%	3,7%
		Empleado/a administrati vo/a	Recuento	5	0	5
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	41,7%	,0%	18,5%
			% del total	18,5%	,0%	18,5%
		Trabajador/a especializad o/a	Recuento	1	5	6
			% de Trabajo - ocupación actual	16,7%	83,3%	100,0%
			% de Sexo	8,3%	33,3%	22,2%
			% del total	3,7%	18,5%	22,2%
		Obrero/a calificado/a	Recuento	1	1	2
			% de Trabajo - ocupación actual	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	8,3%	6,7%	7,4%
			% del total	3,7%	3,7%	7,4%
		Obrero/a no calificado/a	Recuento	0	2	2

			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	13,3%	7,4%
			% del total	,0%	7,4%	7,4%
		Empleada/o doméstica/o - jornalero/a	Recuento	1	0	1
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	8,3%	,0%	3,7%
			% del total	3,7%	,0%	3,7%
		Ama/o de casa	Recuento	2	0	2
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	16,7%	,0%	7,4%
			% del total	7,4%	,0%	7,4%
		Jubilado/a	Recuento	1	2	3
			% de Trabajo - ocupación actual	33,3%	66,7%	100,0%
			% de Sexo	8,3%	13,3%	11,1%
			% del total	3,7%	7,4%	11,1%
	Total		Recuento	12	15	27
			% de Trabajo - ocupación actual	44,4%	55,6%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	44,4%	55,6%	100,0%
Divorcia da / separada -o	Trabajo - ocupación actual	No trabaja	Recuento	0	1	1
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	7,1%	2,6%
			% del total	,0%	2,6%	2,6%
		Profesional en función específica	Recuento	2	2	4
			% de Trabajo - ocupación actual	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	8,3%	14,3%	10,5%
			% del total	5,3%	5,3%	10,5%
		Propietario/a PyME	Recuento	1	0	1
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	4,2%	,0%	2,6%
			% del total	2,6%	,0%	2,6%
		Personal técnico	Recuento	0	1	1
			% de Trabajo - ocupación actual	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	7,1%	2,6%
			% del total	,0%	2,6%	2,6%

		Empleado/a administrativo/a	Recuento	4	1	5
			% de Trabajo - ocupación actual	80,0%	20,0%	100,0%
			% de Sexo	16,7%	7,1%	13,2%
			% del total	10,5%	2,6%	13,2%
		Trabajador/a especializado/a	Recuento	4	2	6
			% de Trabajo - ocupación actual	66,7%	33,3%	100,0%
			% de Sexo	16,7%	14,3%	15,8%
			% del total	10,5%	5,3%	15,8%
		Obrero/a calificado/a	Recuento	2	0	2
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	8,3%	,0%	5,3%
			% del total	5,3%	,0%	5,3%
		Empleada/o doméstica/o - jornalero/a	Recuento	2	1	3
			% de Trabajo - ocupación actual	66,7%	33,3%	100,0%
			% de Sexo	8,3%	7,1%	7,9%
			% del total	5,3%	2,6%	7,9%
		Ama/o de casa	Recuento	7	0	7
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	29,2%	,0%	18,4%
			% del total	18,4%	,0%	18,4%
		Jubilado/a	Recuento	1	6	7
			% de Trabajo - ocupación actual	14,3%	85,7%	100,0%
			% de Sexo	4,2%	42,9%	18,4%
			% del total	2,6%	15,8%	18,4%
		Sí trabaja (sin especificar)	Recuento	1	0	1
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	4,2%	,0%	2,6%
			% del total	2,6%	,0%	2,6%
	Total		Recuento	24	14	38
			% de Trabajo - ocupación actual	63,2%	36,8%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	63,2%	36,8%	100,0%
Viuda/o	Trabajo - ocupación actual	No trabaja	Recuento	1	2	3
			% de Trabajo - ocupación actual	33,3%	66,7%	100,0%

			% de Sexo	7,1%	20,0%	12,5%
			% del total	4,2%	8,3%	12,5%
		Propietario/a PyME	Recuento	1	0	1
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	7,1%	,0%	4,2%
			% del total	4,2%	,0%	4,2%
		Empleado/a administrativo/a	Recuento	3	1	4
			% de Trabajo - ocupación actual	75,0%	25,0%	100,0%
			% de Sexo	21,4%	10,0%	16,7%
			% del total	12,5%	4,2%	16,7%
		Trabajador/a especializado/a	Recuento	2	0	2
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	14,3%	,0%	8,3%
			% del total	8,3%	,0%	8,3%
		Empleada/o doméstica/o - jornalero/a	Recuento	3	0	3
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	21,4%	,0%	12,5%
			% del total	12,5%	,0%	12,5%
		Ama/o de casa	Recuento	3	0	3
			% de Trabajo - ocupación actual	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	21,4%	,0%	12,5%
			% del total	12,5%	,0%	12,5%
		Jubilado/a	Recuento	1	7	8
			% de Trabajo - ocupación actual	12,5%	87,5%	100,0%
			% de Sexo	7,1%	70,0%	33,3%
			% del total	4,2%	29,2%	33,3%
	Total		Recuento	14	10	24
			% de Trabajo - ocupación actual	58,3%	41,7%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	58,3%	41,7%	100,0%

Tabla 8. Tabla de contingencia ¿Con quién/es vive? (CQV) * Sexo * Edad* Estado civil actual

Estado civil actual				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
En matrimonio	CQV	NS/NC	Recuento	1	2	3
			% de CQV	33,3%	66,7%	100,0%
			% de Sexo	1,5%	4,3%	2,7%
			% del total	,9%	1,8%	2,7%
		Sola/o	Recuento	2	0	2
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	3,0%	,0%	1,8%
			% del total	1,8%	,0%	1,8%
		Pareja	Recuento	23	24	47
			% de CQV	48,9%	51,1%	100,0%
			% de Sexo	34,8%	52,2%	42,0%
			% del total	20,5%	21,4%	42,0%
		Hija/o/s	Recuento	8	0	8
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	12,1%	,0%	7,1%
			% del total	7,1%	,0%	7,1%
		Pareja e hijos	Recuento	27	16	43
			% de CQV	62,8%	37,2%	100,0%
			% de Sexo	40,9%	34,8%	38,4%
			% del total	24,1%	14,3%	38,4%
		Pareja, hijo(s) y nieto(s)	Recuento	1	1	2
			% de CQV	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	1,5%	2,2%	1,8%
			% del total	,9%	,9%	1,8%
		Pareja, hijo(s) con pareja y nieto(s)	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	2,2%	,9%
			% del total	,0%	,9%	,9%
		Pareja e hijo(s) con pareja	Recuento	2	0	2
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	3,0%	,0%	1,8%
			% del total	1,8%	,0%	1,8%
		Madre y padre	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	1,5%	,0%	,9%
			% del total	,9%	,0%	,9%
		Pareja, hijo(s) y padre	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	1,5%	,0%	,9%
			% del total	,9%	,0%	,9%
		Pareja, hijo(s) y hermano(s)	Recuento	0	1	1

			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	2,2%	,9%
			% del total	,0%	,9%	,9%
		Pareja, hijo(s) y madre	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	2,2%	,9%
			% del total	,0%	,9%	,9%
	Total		Recuento	66	46	112
			% de CQV	58,9%	41,1%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	58,9%	41,1%	100,0%
En unión consensu al	CQV	Pareja	Recuento	8	13	21
			% de CQV	38,1%	61,9%	100,0%
			% de Sexo	47,1%	41,9%	43,8%
			% del total	16,7%	27,1%	43,8%
		Hija/o/s	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	5,9%	,0%	2,1%
			% del total	2,1%	,0%	2,1%
		Pareja e hijos	Recuento	3	13	16
			% de CQV	18,8%	81,3%	100,0%
			% de Sexo	17,6%	41,9%	33,3%
			% del total	6,3%	27,1%	33,3%
		Pareja, hijo(s), madre y padre	Recuento	2	0	2
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	11,8%	,0%	4,2%
			% del total	4,2%	,0%	4,2%
		Pareja, hijo(s) y suegros	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	5,9%	,0%	2,1%
			% del total	2,1%	,0%	2,1%
		Hija/o/s, madre y padre	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	5,9%	,0%	2,1%
			% del total	2,1%	,0%	2,1%
		Pareja, hijo(s), madre, padre y abuela/o(s)	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	5,9%	,0%	2,1%
			% del total	2,1%	,0%	2,1%
		Pareja, hijo(s) y hermano(s)	Recuento	0	2	2
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	6,5%	4,2%
			% del total	,0%	4,2%	4,2%
		Pareja y amigos	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	3,2%	2,1%

			% del total	,0%	2,1%	2,1%
		Pareja y madre	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	3,2%	2,1%
			% del total	,0%	2,1%	2,1%
		Pareja, hijo(s) y madre	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	3,2%	2,1%
			% del total	,0%	2,1%	2,1%
	Total		Recuento	17	31	48
			% de CQV	35,4%	64,6%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	35,4%	64,6%	100,0%
Soltera/o	CQV	NS/NC	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	6,7%	3,7%
			% del total	,0%	3,7%	3,7%
		Sola/o	Recuento	4	7	11
			% de CQV	36,4%	63,6%	100,0%
			% de Sexo	33,3%	46,7%	40,7%
			% del total	14,8%	25,9%	40,7%
		Pareja	Recuento	0	3	3
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	20,0%	11,1%
			% del total	,0%	11,1%	11,1%
		Hija/o/s	Recuento	4	1	5
			% de CQV	80,0%	20,0%	100,0%
			% de Sexo	33,3%	6,7%	18,5%
			% del total	14,8%	3,7%	18,5%
		Madre	Recuento	2	1	3
			% de CQV	66,7%	33,3%	100,0%
			% de Sexo	16,7%	6,7%	11,1%
			% del total	7,4%	3,7%	11,1%
		Abuela/o/s	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	8,3%	,0%	3,7%
			% del total	3,7%	,0%	3,7%
		Hermana/o/s	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	6,7%	3,7%
			% del total	,0%	3,7%	3,7%
		Pareja e hijos	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	8,3%	,0%	3,7%
			% del total	3,7%	,0%	3,7%
		Pareja, madre y padre	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	6,7%	3,7%
			% del total	,0%	3,7%	3,7%
	Total		Recuento	12	15	27
			% de CQV	44,4%	55,6%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	44,4%	55,6%	100,0%
Divorcia da /	CQV	Sola/o	Recuento	4	6	10

separada						
-o						
			% de CQV	40,0%	60,0%	100,0%
			% de Sexo	16,7%	42,9%	26,3%
			% del total	10,5%	15,8%	26,3%
		Pareja	Recuento	4	2	6
			% de CQV	66,7%	33,3%	100,0%
			% de Sexo	16,7%	14,3%	15,8%
			% del total	10,5%	5,3%	15,8%
		Hija/o/s	Recuento	14	1	15
			% de CQV	93,3%	6,7%	100,0%
			% de Sexo	58,3%	7,1%	39,5%
			% del total	36,8%	2,6%	39,5%
		Madre	Recuento	1	2	3
			% de CQV	33,3%	66,7%	100,0%
			% de Sexo	4,2%	14,3%	7,9%
			% del total	2,6%	5,3%	7,9%
		Pareja e hijos	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	7,1%	2,6%
			% del total	,0%	2,6%	2,6%
		Madre e hijo(s)	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	7,1%	2,6%
			% del total	,0%	2,6%	2,6%
		Otra/o/s	Recuento	1	1	2
			% de CQV	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	4,2%	7,1%	5,3%
			% del total	2,6%	2,6%	5,3%
	Total		Recuento	24	14	38
			% de CQV	63,2%	36,8%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	63,2%	36,8%	100,0%
Viuda/o	CQV	Sola/o	Recuento	6	2	8
			% de CQV	75,0%	25,0%	100,0%
			% de Sexo	42,9%	20,0%	33,3%
			% del total	25,0%	8,3%	33,3%
		Pareja	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	10,0%	4,2%
			% del total	,0%	4,2%	4,2%
		Hija/o/s	Recuento	5	4	9
			% de CQV	55,6%	44,4%	100,0%
			% de Sexo	35,7%	40,0%	37,5%
			% del total	20,8%	16,7%	37,5%
		Madre	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	7,1%	,0%	4,2%
			% del total	4,2%	,0%	4,2%
		Padre	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	10,0%	4,2%

			% del total	,0%	4,2%	4,2%
		Hermana/o/s	Recuento	1	2	3
			% de CQV	33,3%	66,7%	100,0%
			% de Sexo	7,1%	20,0%	12,5%
			% del total	4,2%	8,3%	12,5%
		Madre e hijo(s)	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	7,1%	,0%	4,2%
			% del total	4,2%	,0%	4,2%
	Total		Recuento	14	10	24
			% de CQV	58,3%	41,7%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	58,3%	41,7%	100,0%

Tabla 9. Con quienes vive? – recategorización

CON QUIENES VIVE?	SEXO		TOTAL
	MUJER	VARON	
SOLA/O	16	15	31
PAREJA	35	43	78
PAREJA E HIJOS	31	30	61
HIJOS	32	6	38
PADRE-MADRE	5	4	9
OTRAS COMBINACIONES	13	15	28
NS/NC	1	3	4
TOTAL	133	116	249

Tabla 10. Tabla de contingencia ¿Con quién/es vive? (CQV) * Sexo * Trabajo - ocupación actual

Trabajo - ocupación actual				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	¿Con quién/ es vive? (CQV)	Pareja e hijos	Recuento	1		1
			% de CQV	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
	Total		Recuento	1		1
			% de CQV	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
No trabaja	CQV	Sola/o	Recuento	2	3	5
			% de CQV	40,0%	60,0%	100,0%
			% de Sexo	20,0%	20,0%	20,0%
			% del total	8,0%	12,0%	20,0%
		Pareja	Recuento	2	6	8
			% de CQV	25,0%	75,0%	100,0%
			% de Sexo	20,0%	40,0%	32,0%
			% del total	8,0%	24,0%	32,0%
		Hija/o/s	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	6,7%	4,0%
			% del total	,0%	4,0%	4,0%
		Madre	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	6,7%	4,0%
			% del total	,0%	4,0%	4,0%
		Padre	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	6,7%	4,0%
			% del total	,0%	4,0%	4,0%
		Pareja e hijos	Recuento	5	3	8
			% de CQV	62,5%	37,5%	100,0%
			% de Sexo	50,0%	20,0%	32,0%
			% del total	20,0%	12,0%	32,0%
		Madre y padre	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	10,0%	,0%	4,0%
			% del total	4,0%	,0%	4,0%
	Total		Recuento	10	15	25
			% de CQV	40,0%	60,0%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	40,0%	60,0%	100,0%
Profesiona l en función específica	CQV	Sola/o	Recuento	2	2	4
			% de CQV	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	20,0%	33,3%	25,0%
			% del total	12,5%	12,5%	25,0%
		Pareja	Recuento	5	1	6
			% de CQV	83,3%	16,7%	100,0%

			% de Sexo	50,0%	16,7%	37,5%
			% del total	31,3%	6,3%	37,5%
		Hija/o/s	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	10,0%	,0%	6,3%
			% del total	6,3%	,0%	6,3%
		Pareja e hijos	Recuento	1	3	4
			% de CQV	25,0%	75,0%	100,0%
			% de Sexo	10,0%	50,0%	25,0%
			% del total	6,3%	18,8%	25,0%
		Pareja, hijo(s) y padre	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	10,0%	,0%	6,3%
			% del total	6,3%	,0%	6,3%
	Total		Recuento	10	6	16
			% de CQV	62,5%	37,5%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	62,5%	37,5%	100,0%
Propietario/a PyME	CQV	Pareja	Recuento	5	3	8
			% de CQV	62,5%	37,5%	100,0%
			% de Sexo	41,7%	100,0%	53,3%
			% del total	33,3%	20,0%	53,3%
		Hija/o/s	Recuento	3	0	3
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	25,0%	,0%	20,0%
			% del total	20,0%	,0%	20,0%
		Pareja e hijos	Recuento	2	0	2
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	16,7%	,0%	13,3%
			% del total	13,3%	,0%	13,3%
		Pareja, hijo(s) y nieto(s)	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	8,3%	,0%	6,7%
			% del total	6,7%	,0%	6,7%
		Pareja, hijo(s), madre, padre y abuela/o(s)	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	8,3%	,0%	6,7%
			% del total	6,7%	,0%	6,7%
	Total		Recuento	12	3	15
			% de CQV	80,0%	20,0%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	80,0%	20,0%	100,0%
Personal técnico	CQV	Sola/o	Recuento		1	1
			% de CQV		100,0%	100,0%
			% de Sexo		11,1%	11,1%
			% del total		11,1%	11,1%
		Pareja	Recuento		4	4
			% de CQV		100,0%	100,0%
			% de Sexo		44,4%	44,4%
			% del total		44,4%	44,4%
		Madre	Recuento		1	1

			% de CQV		100,0%	100,0%
			% de Sexo		11,1%	11,1%
			% del total		11,1%	11,1%
		Pareja e hijos	Recuento		3	3
			% de CQV		100,0%	100,0%
			% de Sexo		33,3%	33,3%
			% del total		33,3%	33,3%
	Total		Recuento		9	9
			% de CQV		100,0%	100,0%
			% de Sexo		100,0%	100,0%
			% del total		100,0%	100,0%
Empleado/a administrativo/a	CQV	NS/NC	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	14,3%	4,2%
			% del total	,0%	4,2%	4,2%
		Sola/o	Recuento	3	0	3
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	17,6%	,0%	12,5%
			% del total	12,5%	,0%	12,5%
		Pareja	Recuento	1	3	4
			% de CQV	25,0%	75,0%	100,0%
			% de Sexo	5,9%	42,9%	16,7%
			% del total	4,2%	12,5%	16,7%
		Hija/o/s	Recuento	5	1	6
			% de CQV	83,3%	16,7%	100,0%
			% de Sexo	29,4%	14,3%	25,0%
			% del total	20,8%	4,2%	25,0%
		Madre	Recuento	4	0	4
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	23,5%	,0%	16,7%
			% del total	16,7%	,0%	16,7%
		Hermana/o/s	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	5,9%	,0%	4,2%
			% del total	4,2%	,0%	4,2%
		Pareja e hijos	Recuento	3	2	5
			% de CQV	60,0%	40,0%	100,0%
			% de Sexo	17,6%	28,6%	20,8%
			% del total	12,5%	8,3%	20,8%
	Total		Recuento	17	7	24
			% de CQV	70,8%	29,2%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	70,8%	29,2%	100,0%
Trabajador/a especializado/a	CQV	Sola/o	Recuento	2	3	5
			% de CQV	40,0%	60,0%	100,0%
			% de Sexo	22,2%	15,0%	17,2%

			% del total	6,9%	10,3%	17,2%
		Pareja	Recuento	2	7	9
			% de CQV	22,2%	77,8%	100,0%
			% de Sexo	22,2%	35,0%	31,0%
			% del total	6,9%	24,1%	31,0%
		Hija/o/s	Recuento	5	1	6
			% de CQV	83,3%	16,7%	100,0%
			% de Sexo	55,6%	5,0%	20,7%
			% del total	17,2%	3,4%	20,7%
		Madre	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	5,0%	3,4%
			% del total	,0%	3,4%	3,4%
		Pareja e hijos	Recuento	0	5	5
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	25,0%	17,2%
			% del total	,0%	17,2%	17,2%
		Pareja, hijo(s) y hermano(s)	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	5,0%	3,4%
			% del total	,0%	3,4%	3,4%
		Pareja y madre	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	5,0%	3,4%
			% del total	,0%	3,4%	3,4%
		Pareja, madre y padre	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	5,0%	3,4%
			% del total	,0%	3,4%	3,4%
		Total	Recuento	9	20	29
			% de CQV	31,0%	69,0%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	31,0%	69,0%	100,0%
Obrero/a calificado/a	CQV	Sola/o	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	33,3%	,0%	6,3%
			% del total	6,3%	,0%	6,3%
		Pareja	Recuento	2	5	7
			% de CQV	28,6%	71,4%	100,0%
			% de Sexo	66,7%	38,5%	43,8%
			% del total	12,5%	31,3%	43,8%
		Pareja e hijos	Recuento	0	4	4
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	30,8%	25,0%
			% del total	,0%	25,0%	25,0%
		Pareja, hijo(s) y nieto(s)	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	7,7%	6,3%
			% del total	,0%	6,3%	6,3%
		Pareja,	Recuento	0	1	1

		hijo(s) con pareja y nieto(s)				
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	7,7%	6,3%
			% del total	,0%	6,3%	6,3%
		Pareja, hijo(s) y hermano(s)	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	7,7%	6,3%
			% del total	,0%	6,3%	6,3%
		Pareja y amigos	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	7,7%	6,3%
			% del total	,0%	6,3%	6,3%
	Total		Recuento	3	13	16
			% de CQV	18,8%	81,3%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	18,8%	81,3%	100,0%
Obrero/a no calificado/a	CQV	Pareja	Recuento	1	1	2
			% de CQV	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	14,3%	25,0%
			% del total	12,5%	12,5%	25,0%
		Hermana/o/s	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	14,3%	12,5%
			% del total	,0%	12,5%	12,5%
		Pareja e hijos	Recuento	0	2	2
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	28,6%	25,0%
			% del total	,0%	25,0%	25,0%
		Pareja, hijo(s) y hermano(s)	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	14,3%	12,5%
			% del total	,0%	12,5%	12,5%
		Pareja, hijo(s) y madre	Recuento	0	2	2
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	28,6%	25,0%
			% del total	,0%	25,0%	25,0%
	Total		Recuento	1	7	8
			% de CQV	12,5%	87,5%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	12,5%	87,5%	100,0%
Empleada/o doméstica/	CQV	Sola/o	Recuento	3	0	3

o - jornalero/a						
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	23,1%	,0%	21,4%
			% del total	21,4%	,0%	21,4%
		Pareja	Recuento	2	0	2
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	15,4%	,0%	14,3%
			% del total	14,3%	,0%	14,3%
		Hija/o/s	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	7,7%	,0%	7,1%
			% del total	7,1%	,0%	7,1%
		Abuela/o/s	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	7,7%	,0%	7,1%
			% del total	7,1%	,0%	7,1%
		Pareja e hijos	Recuento	3	1	4
			% de CQV	75,0%	25,0%	100,0%
			% de Sexo	23,1%	100,0%	28,6%
			% del total	21,4%	7,1%	28,6%
		Pareja, hijo(s) y suegros	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	7,7%	,0%	7,1%
			% del total	7,1%	,0%	7,1%
		Hija/o/s, madre y padre	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	7,7%	,0%	7,1%
			% del total	7,1%	,0%	7,1%
		Madre e hijo(s)	Recuento	1	0	1
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	7,7%	,0%	7,1%
			% del total	7,1%	,0%	7,1%
		Total	Recuento	13	1	14
			% de CQV	92,9%	7,1%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	92,9%	7,1%	100,0%
Ama/o de casa	CQV	Sola/o	Recuento	3		3
			% de CQV	100,0%		100,0%
			% de Sexo	6,5%		6,5%
			% del total	6,5%		6,5%
		Pareja	Recuento	13		13
			% de CQV	100,0%		100,0%
			% de Sexo	28,3%		28,3%
			% del total	28,3%		28,3%
		Hija/o/s	Recuento	13		13
			% de CQV	100,0%		100,0%
			% de Sexo	28,3%		28,3%
			% del total	28,3%		28,3%
		Pareja e hijos	Recuento	14		14
			% de CQV	100,0%		100,0%
			% de Sexo	30,4%		30,4%

			% del total	30,4%		30,4%
		Pareja, hijo(s), madre y padre	Recuento	2		2
			% de CQV	100,0%		100,0%
			% de Sexo	4,3%		4,3%
			% del total	4,3%		4,3%
		Otra/o/s	Recuento	1		1
			% de CQV	100,0%		100,0%
			% de Sexo	2,2%		2,2%
			% del total	2,2%		2,2%
	Total		Recuento	46		46
			% de CQV	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
Jubilado/a	CQV	NS/NC	Recuento	1	2	3
			% de CQV	33,3%	66,7%	100,0%
			% de Sexo	11,1%	5,7%	6,8%
			% del total	2,3%	4,5%	6,8%
		Sola/o	Recuento	0	6	6
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	17,1%	13,6%
			% del total	,0%	13,6%	13,6%
		Pareja	Recuento	2	13	15
			% de CQV	13,3%	86,7%	100,0%
			% de Sexo	22,2%	37,1%	34,1%
			% del total	4,5%	29,5%	34,1%
		Hija/o/s	Recuento	3	3	6
			% de CQV	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	33,3%	8,6%	13,6%
			% del total	6,8%	6,8%	13,6%
		Hermana/o/s	Recuento	0	2	2
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	5,7%	4,5%
			% del total	,0%	4,5%	4,5%
		Pareja e hijos	Recuento	1	7	8
			% de CQV	12,5%	87,5%	100,0%
			% de Sexo	11,1%	20,0%	18,2%
			% del total	2,3%	15,9%	18,2%
		Pareja e hijo(s) con pareja	Recuento	2	0	2
			% de CQV	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	22,2%	,0%	4,5%
			% del total	4,5%	,0%	4,5%
		Madre e hijo(s)	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	2,9%	2,3%
			% del total	,0%	2,3%	2,3%
		Otra/o/s	Recuento	0	1	1
			% de CQV	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	2,9%	2,3%
			% del total	,0%	2,3%	2,3%
	Total		Recuento	9	35	44
			% de CQV	20,5%	79,5%	100,0%

			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	20,5%	79,5%	100,0%
Sí trabaja (sin especificar)	CQV	Hija/o/s	Recuento	1		1
			% de CQV	100,0%		100,0%
			% de Sexo	50,0%		50,0%
			% del total	50,0%		50,0%
		Pareja e hijos	Recuento	1		1
			% de CQV	100,0%		100,0%
			% de Sexo	50,0%		50,0%
			% del total	50,0%		50,0%
	Total		Recuento	2		2
			% de CQV	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%

Tabla 11. Tabla de contingencia ¿Tiene hijos? * Sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
¿Tiene hijos?	NS/NC	Recuento	0	1	1
		% de ¿Tiene hijos?	,0%	100,0%	100,0%
		% de Sexo	,0%	,9%	,4%
		% del total	,0%	,4%	,4%
	No	Recuento	23	22	45
		% de ¿Tiene hijos?	51,1%	48,9%	100,0%
		% de Sexo	17,3%	19,0%	18,1%
		% del total	9,2%	8,8%	18,1%
	Sí	Recuento	110	93	203
		% de ¿Tiene hijos?	54,2%	45,8%	100,0%
		% de Sexo	82,7%	80,2%	81,5%
		% del total	44,2%	37,3%	81,5%
Total		Recuento	133	116	249
		% de ¿Tiene hijos?	53,4%	46,6%	100,0%
		% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	53,4%	46,6%	100,0%

Tabla 11 a. Tabla de contingencia ¿Tiene hijos? * Sexo * Edad

Edad				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	¿Tiene hijos?	No	Recuento	1		1
			% de ¿Tiene hijos?	100,0%		100,0%
			% de Sexo	25,0%		25,0%
			% del total	25,0%		25,0%
		Sí	Recuento	3		3
			% de ¿Tiene hijos?	100,0%		100,0%
			% de Sexo	75,0%		75,0%
			% del total	75,0%		75,0%
	Total		Recuento	4		4
			% de ¿Tiene hijos?	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
40-43 años	¿Tiene hijos?	No	Recuento	5	3	8
			% de ¿Tiene hijos?	62,5%	37,5%	100,0%
			% de Sexo	23,8%	42,9%	28,6%
			% del total	17,9%	10,7%	28,6%
		Sí	Recuento	16	4	20
			% de ¿Tiene hijos?	80,0%	20,0%	100,0%
			% de Sexo	76,2%	57,1%	71,4%
			% del total	57,1%	14,3%	71,4%
	Total		Recuento	21	7	28

	% de ¿Tiene hijos?			75,0%	25,0%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			75,0%	25,0%	100,0%
44-47 años	¿Tiene hijos?	No	Recuento	5	0	5
			% de ¿Tiene hijos?	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	27,8%	,0%	23,8%
			% del total	23,8%	,0%	23,8%
		Sí	Recuento	13	3	16
			% de ¿Tiene hijos?	81,3%	18,8%	100,0%
			% de Sexo	72,2%	100,0%	76,2%
			% del total	61,9%	14,3%	76,2%
	Total		Recuento	18	3	21
	% de ¿Tiene hijos?			85,7%	14,3%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			85,7%	14,3%	100,0%
48-51 años	¿Tiene hijos?	No	Recuento	5	8	13
			% de ¿Tiene hijos?	38,5%	61,5%	100,0%
			% de Sexo	22,7%	32,0%	27,7%
			% del total	10,6%	17,0%	27,7%
		Sí	Recuento	17	17	34
			% de ¿Tiene hijos?	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	77,3%	68,0%	72,3%
			% del total	36,2%	36,2%	72,3%
	Total		Recuento	22	25	47
	% de ¿Tiene hijos?			46,8%	53,2%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			46,8%	53,2%	100,0%
52-55 años	¿Tiene hijos?	No	Recuento	4	4	8
			% de ¿Tiene hijos?	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	11,4%	26,7%	16,0%
			% del total	8,0%	8,0%	16,0%
		Sí	Recuento	31	11	42
			% de ¿Tiene hijos?	73,8%	26,2%	100,0%
			% de Sexo	88,6%	73,3%	84,0%
			% del total	62,0%	22,0%	84,0%
	Total		Recuento	35	15	50
	% de ¿Tiene hijos?			70,0%	30,0%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			70,0%	30,0%	100,0%
56-60 años	¿Tiene hijos?	No	Recuento	2	1	3
			% de ¿Tiene hijos?	66,7%	33,3%	100,0%
			% de Sexo	8,7%	10,0%	9,1%
			% del total	6,1%	3,0%	9,1%
		Sí	Recuento	21	9	30
			% de ¿Tiene hijos?	70,0%	30,0%	100,0%
			% de Sexo	91,3%	90,0%	90,9%
			% del total	63,6%	27,3%	90,9%
	Total		Recuento	23	10	33

	% de ¿Tiene hijos?			69,7%	30,3%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			69,7%	30,3%	100,0%
Más de 60 años	¿Tiene hijos?	NS/NC	Recuento	0	1	1
			% de ¿Tiene hijos?	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	1,8%	1,5%
			% del total	,0%	1,5%	1,5%
		No	Recuento	1	6	7
			% de ¿Tiene hijos?	14,3%	85,7%	100,0%
			% de Sexo	10,0%	10,7%	10,6%
			% del total	1,5%	9,1%	10,6%
		Sí	Recuento	9	49	58
			% de ¿Tiene hijos?	15,5%	84,5%	100,0%
			% de Sexo	90,0%	87,5%	87,9%
			% del total	13,6%	74,2%	87,9%
	Total		Recuento	10	56	66
	% de ¿Tiene hijos?			15,2%	84,8%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			15,2%	84,8%	100,0%

Tabla 12. Tabla de contingencia ¿Qué cantidad de hijos tiene? * Sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
¿Qué cantidad de hijos tiene?	NS/NC	Recuento	2	1	3
		% de ¿Qué cantidad de hijos tiene?	66,7%	33,3%	100,0%
		% de Sexo	1,5%	,9%	1,2%
		% del total	,8%	,4%	1,2%
	No tiene hijos	Recuento	22	23	45
		% de ¿Qué cantidad de hijos tiene?	48,9%	51,1%	100,0%
		% de Sexo	16,5%	19,8%	18,1%
		% del total	8,8%	9,2%	18,1%
	1 hijo	Recuento	17	18	35
		% de ¿Qué cantidad de hijos tiene?	48,6%	51,4%	100,0%
		% de Sexo	12,8%	15,5%	14,1%
		% del total	6,8%	7,2%	14,1%
	2 hijos	Recuento	44	34	78
		% de ¿Qué cantidad de hijos tiene?	56,4%	43,6%	100,0%
		% de Sexo	33,1%	29,3%	31,3%
		% del total	17,7%	13,7%	31,3%
	3 o más hijos	Recuento	48	40	88
		% de ¿Qué cantidad de hijos tiene?	54,5%	45,5%	100,0%
		% de Sexo	36,1%	34,5%	35,3%
		% del total	19,3%	16,1%	35,3%
Total		Recuento	133	116	249
	% de ¿Qué cantidad de hijos tiene?		53,4%	46,6%	100,0%
	% de Sexo		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		53,4%	46,6%	100,0%

Tabla 14. Tabla de contingencia Edad de los hijos máxima recategorizada (EHMR) * Sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
Edad de los hijos máxima recategorizada (EHMR)	NS/NC	Recuento	3	4	7
		% de EDMR	42,9%	57,1%	100,0%
		% de Sexo	2,3%	3,4%	2,8%
		% del total	1,2%	1,6%	2,8%
	No tiene hijos	Recuento	22	23	45
		% de EHMR	48,9%	51,1%	100,0%
		% de Sexo	16,5%	19,8%	18,1%
		% del total	8,8%	9,2%	18,1%
	edad de juego	Recuento	1	1	2
		% de EHMR	50,0%	50,0%	100,0%
		% de Sexo	,8%	,9%	,8%
		% del total	,4%	,4%	,8%
	edad escolar	Recuento	3	2	5
		% de EHMR	60,0%	40,0%	100,0%
		% de Sexo	2,3%	1,7%	2,0%
		% del total	1,2%	,8%	2,0%
	adolescencia	Recuento	30	20	50
		% de EHMR	60,0%	40,0%	100,0%
		% de Sexo	22,6%	17,2%	20,1%
		% del total	12,0%	8,0%	20,1%
	juventud	Recuento	42	17	59
		% de EHMR	71,2%	28,8%	100,0%
		% de Sexo	31,6%	14,7%	23,7%
		% del total	16,9%	6,8%	23,7%
	adultez	Recuento	32	49	81
		% de EHMR	39,5%	60,5%	100,0%
		% de Sexo	24,1%	42,2%	32,5%
		% del total	12,9%	19,7%	32,5%
Total		Recuento	133	116	249
		% de EHMR	53,4%	46,6%	100,0%
		% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	53,4%	46,6%	100,0%

Tabla 15. Tabla de contingencia Edad de los hijos mínima recategorizada (EHMINR) * Sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
Edad de los hijos mínima recategorizada (EHMINR)	NS/NC	Recuento	3	4	7
		% de EHMINR	42,9%	57,1%	100,0%
		% de Sexo	2,3%	3,4%	2,8%
		% del total	1,2%	1,6%	2,8%
	No tiene hijos	Recuento	22	23	45
		% de EHMINR	48,9%	51,1%	100,0%
		% de Sexo	16,5%	19,8%	18,1%
		% del total	8,8%	9,2%	18,1%
	niñez temprana	Recuento	3	0	3
		% de EHMINR	100,0%	,0%	100,0%
		% de Sexo	2,3%	,0%	1,2%
		% del total	1,2%	,0%	1,2%
	edad de juego	Recuento	4	4	8
		% de EHMINR	50,0%	50,0%	100,0%
		% de Sexo	3,0%	3,4%	3,2%
		% del total	1,6%	1,6%	3,2%
	edad escolar	Recuento	12	8	20
		% de EHMINR	60,0%	40,0%	100,0%
		% de Sexo	9,0%	6,9%	8,0%
		% del total	4,8%	3,2%	8,0%
	adolescencia	Recuento	43	27	70
		% de EHMINR	61,4%	38,6%	100,0%
		% de Sexo	32,3%	23,3%	28,1%
		% del total	17,3%	10,8%	28,1%
	juventud	Recuento	36	19	55
		% de EHMINR	65,5%	34,5%	100,0%
		% de Sexo	27,1%	16,4%	22,1%
		% del total	14,5%	7,6%	22,1%
	adulthood	Recuento	10	31	41
		% de EHMINR	24,4%	75,6%	100,0%
		% de Sexo	7,5%	26,7%	16,5%
		% del total	4,0%	12,4%	16,5%
Total		Recuento	133	116	249
		% de EHMINR	53,4%	46,6%	100,0%
		% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	53,4%	46,6%	100,0%

Tabla 16. Tabla de contingencia ¿Sabe Ud. qué es la andropausia (resp. hombres) climaterio (resp. mujeres)? * Sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
¿Sabe Ud. qué es la andropausia (resp. hombres) climaterio (resp. mujeres)?	NS/NC	Recuento	17	3	20
		% de ¿Sabe Ud. qué es la andropausia (resp. hombres) climaterio (resp. mujeres)?	85,0%	15,0%	100,0%
		% de Sexo	12,8%	2,6%	8,0%
		% del total	6,8%	1,2%	8,0%
	No	Recuento	32	86	118
		% de ¿Sabe Ud. qué es la andropausia (resp. hombres) climaterio (resp. mujeres)?	27,1%	72,9%	100,0%
		% de Sexo	24,1%	74,1%	47,4%
		% del total	12,9%	34,5%	47,4%
	Sí	Recuento	84	27	111
		% de ¿Sabe Ud. qué es la andropausia (resp. hombres) climaterio (resp. mujeres)?	75,7%	24,3%	100,0%
		% de Sexo	63,2%	23,3%	44,6%
		% del total	33,7%	10,8%	44,6%
Total		Recuento	133	116	249
		% de ¿Sabe Ud. qué es la andropausia (resp. hombres) climaterio (resp. mujeres)?	53,4%	46,6%	100,0%
		% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	53,4%	46,6%	100,0%

Tabla 17. Tabla de contingencia Nivel educativo alcanzado (NEA)* Sexo * ¿Sabe Ud. qué es la andropausia (resp. hombres) climaterio (resp. mujeres)?

				¿Sabe Ud. qué es la andropausia (resp. hombres) climaterio (resp. mujeres)?		Sexo		Total
				Mujer	Varón			
NS/NC	Nivel educativo alcanzado (NEA)	NS/NC	Recuento	1	0			1
			% de NEA	100,0%	,0%			100,0%
			% de Sexo	5,9%	,0%			5,0%
			% del total		5,0%	,0%		
		Primario incompleto	Recuento	2	1			3
			% de NEA	66,7%	33,3%			100,0%
			% de Sexo	11,8%	33,3%			15,0%
			% del total	10,0%	5,0%			15,0%
		Secundario incompleto	Recuento	2	1			3
			% de NEA	66,7%	33,3%			100,0%
			% de Sexo	11,8%	33,3%			15,0%
			% del total	10,0%	5,0%			15,0%
		Secundario completo	Recuento	10	0			10
			% de NEA	100,0%	,0%			100,0%
			% de Sexo	58,8%	,0%			50,0%
			% del total	50,0%	,0%			50,0%
		Terciario/universitario incompleto	Recuento	2	1			3
			% de NEA	66,7%	33,3%			100,0%
			% de Sexo	11,8%	33,3%			15,0%
			% del total	10,0%	5,0%			15,0%
	Total		Recuento	17	3			20
			% de NEA	85,0%	15,0%			100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%			100,0%
			% del total	85,0%	15,0%			100,0%
No	Nivel educativo alcanzado (NEA)	Sin estudios	Recuento	0	1			1
			% de NEA	,0%	100,0%			100,0%
			% de Sexo	,0%	1,2%			,8%
			% del total		,0%	,8%		
		Primario incompleto	Recuento	6	12			18
			% de NEA	33,3%	66,7%			100,0%
			% de Sexo	18,8%	14,0%			15,3%
			% del total	5,1%	10,2%			15,3%
		Primario completo	Recuento	6	25			31

			% de NEA	19,4%	80,6%	100,0%
			% de Sexo	18,8%	29,1%	26,3%
			% del total	5,1%	21,2%	26,3%
		Secundario incompleto	Recuento	8	17	25
			% de NEA	32,0%	68,0%	100,0%
			% de Sexo	25,0%	19,8%	21,2%
			% del total	6,8%	14,4%	21,2%
		Secundario completo	Recuento	4	26	30
			% de NEA	13,3%	86,7%	100,0%
			% de Sexo	12,5%	30,2%	25,4%
			% del total	3,4%	22,0%	25,4%
		Terciario/universitario incompleto	Recuento	6	4	10
			% de NEA	60,0%	40,0%	100,0%
			% de Sexo	18,8%	4,7%	8,5%
			% del total	5,1%	3,4%	8,5%
		Terciario/universitario completo	Recuento	2	1	3
			% de NEA	66,7%	33,3%	100,0%
			% de Sexo	6,3%	1,2%	2,5%
			% del total	1,7%	,8%	2,5%
	Total		Recuento	32	86	118
			% de Nivel educativo alcanzado	27,1%	72,9%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	27,1%	72,9%	100,0%
Sí	Nivel educativo alcanzado (NEA)	Sin estudios	Recuento	0	1	1
			% de NEA	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	3,7%	,9%
			% del total	,0%	,9%	,9%
		Primario incompleto	Recuento	7	2	9
			% de NEA	77,8%	22,2%	100,0%
			% de Sexo	8,3%	7,4%	8,1%
			% del total	6,3%	1,8%	8,1%
		Primario completo	Recuento	10	3	13
			% de NEA	76,9%	23,1%	100,0%
			% de Sexo	11,9%	11,1%	11,7%
			% del total	9,0%	2,7%	11,7%
		Secundario incompleto	Recuento	17	15	32
			% de NEA	53,1%	46,9%	100,0%
			% de Sexo	20,2%	55,6%	28,8%
			% del total	15,3%	13,5%	28,8%

		Secundario completo	Recuento	23	0	23
			% de NEA	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	27,4%	,0%	20,7%
			% del total	20,7%	,0%	20,7%
		Terciario/universitario incompleto	Recuento	17	3	20
			% de NEA	85,0%	15,0%	100,0%
			% de Sexo	20,2%	11,1%	18,0%
			% del total	15,3%	2,7%	18,0%
		Terciario/universitario completo	Recuento	10	3	13
			% de NEA	76,9%	23,1%	100,0%
			% de Sexo	11,9%	11,1%	11,7%
			% del total	9,0%	2,7%	11,7%
	Total		Recuento	84	27	111
			% de Nivel educativo alcanzado	75,7%	24,3%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	75,7%	24,3%	100,0%

Tabla 18. Tabla de contingencia Estado civil actual * Sexo * ¿Sabe Ud. qué es la andropausia (resp. hombres) climaterio (resp. mujeres)?

¿Sabe Ud. qué es la andropausia (resp. hombres) climaterio (resp. mujeres)?				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	Estado civil actual	En matrimonio	Recuento	8	3	11
	(ECA)		% de ECA	72,7%	27,3%	100,0%
			% de Sexo	47,1%	100,0%	55,0%
			% del total	40,0%	15,0%	55,0%
		En unión consensual	Recuento	2	0	2
			% de ECA	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	11,8%	,0%	10,0%
			% del total	10,0%	,0%	10,0%
		Soltera/o	Recuento	2	0	2
			% de ECA	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	11,8%	,0%	10,0%
			% del total	10,0%	,0%	10,0%
		Divorciada / separada-o	Recuento	3	0	3
			% de ECA	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	17,6%	,0%	15,0%
			% del total	15,0%	,0%	15,0%
		Viuda/o	Recuento	2	0	2
			% de ECA	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	11,8%	,0%	10,0%
			% del total	10,0%	,0%	10,0%
	Total		Recuento	17	3	20
			% de Estado civil actual	85,0%	15,0%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	85,0%	15,0%	100,0%
No	Estado civil actual	En matrimonio	Recuento	16	35	51
			% de ECA	31,4%	68,6%	100,0%
			% de Sexo	50,0%	40,7%	43,2%
			% del total	13,6%	29,7%	43,2%
		En unión consensual	Recuento	6	25	31
			% de ECA	19,4%	80,6%	100,0%
			% de Sexo	18,8%	29,1%	26,3%
			% del total	5,1%	21,2%	26,3%
		Soltera/o	Recuento	2	9	11
			% de ECA	18,2%	81,8%	100,0%
			% de Sexo	6,3%	10,5%	9,3%
			% del total	1,7%	7,6%	9,3%
		Divorciada / separada-o	Recuento	5	7	12
			% ECA	41,7%	58,3%	100,0%
			% de Sexo	15,6%	8,1%	10,2%

			% del total	4,2%	5,9%	10,2%
		Viuda/o	Recuento	3	10	13
			% de ECA	23,1%	76,9%	100,0%
			% de Sexo	9,4%	11,6%	11,0%
			% del total	2,5%	8,5%	11,0%
	Total		Recuento	32	86	118
			% de Estado civil actual	27,1%	72,9%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	27,1%	72,9%	100,0%
Sí	Estado civil actual	En matrimonio	Recuento	42	8	50
			% de ECA	84,0%	16,0%	100,0%
			% de Sexo	50,0%	29,6%	45,0%
			% del total	37,8%	7,2%	45,0%
		En unión consensual	Recuento	9	6	15
			% de ECA	60,0%	40,0%	100,0%
			% de Sexo	10,7%	22,2%	13,5%
			% del total	8,1%	5,4%	13,5%
		Soltera/o	Recuento	8	6	14
			% de ECA	57,1%	42,9%	100,0%
			% de Sexo	9,5%	22,2%	12,6%
			% del total	7,2%	5,4%	12,6%
		Divorciada / separada-o	Recuento	16	7	23
			% de ECA	69,6%	30,4%	100,0%
			% de Sexo	19,0%	25,9%	20,7%
			% del total	14,4%	6,3%	20,7%
		Viuda/o	Recuento	9	0	9
			% de ECA	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	10,7%	,0%	8,1%
			% del total	8,1%	,0%	8,1%
	Total		Recuento	84	27	111
			% de Estado civil actual	75,7%	24,3%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	75,7%	24,3%	100,0%

Tabla 22. Tabla de contingencia RS andropausia climaterio - recodif a 9 cats (RSACR) * Sexo * Nivel educativo alcanzado

Nivel educativo alcanzado				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	RSACR	RS Psicológicas Negativas	Recuento	1		1
			% de RSACR	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
	Total		Recuento	1		1
			% de RSACR	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
Sin estudios	RSACR	NS-NC	Recuento		1	1
			% de RSACR		100,0%	100,0%
			% de Sexo		50,0%	50,0%
			% del total		50,0%	50,0%
		RS Metafóricas Negativas	Recuento		1	1
			% de RSACR		100,0%	100,0%
			% de Sexo		50,0%	50,0%
			% del total		50,0%	50,0%
	Total		Recuento		2	2
			% de RSACR		100,0%	100,0%
			% de Sexo		100,0%	100,0%
			% del total		100,0%	100,0%
Primario incompleto	RSACR	NS-NC	Recuento	8	7	15
			% de RSACR	53,3%	46,7%	100,0%
			% de Sexo	66,7%	87,5%	75,0%
			% del total	40,0%	35,0%	75,0%
		RS Psicológicas Negativas	Recuento	1	0	1
			% de RSACR	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	8,3%	,0%	5,0%
			% del total	5,0%	,0%	5,0%
		RS Metafóricas Neutras	Recuento	3	1	4
			% de RSACR	75,0%	25,0%	100,0%
			% de Sexo	25,0%	12,5%	20,0%
			% del total	15,0%	5,0%	20,0%
	Total		Recuento	12	8	20
	% de RSACR			60,0%	40,0%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			60,0%	40,0%	100,0%
Primario completo	RSACR	NS-NC	Recuento	3	9	12

			% de RSACR	25,0%	75,0%	100,0%
			% de Sexo	23,1%	64,3%	44,4%
			% del total	11,1%	33,3%	44,4%
		RS Biológicas Neutras	Recuento	1	0	1
			% de RSACR	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	7,7%	,0%	3,7%
			% del total	3,7%	,0%	3,7%
		RS Biológicas Negativas	Recuento	6	0	6
			% de RSACR	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	46,2%	,0%	22,2%
			% del total	22,2%	,0%	22,2%
		RS Psicológicas Negativas	Recuento	1	2	3
			% de RSACR	33,3%	66,7%	100,0%
			% de Sexo	7,7%	14,3%	11,1%
			% del total	3,7%	7,4%	11,1%
		RS Metafóricas Neutras	Recuento	2	3	5
			% de RSACR	40,0%	60,0%	100,0%
			% de Sexo	15,4%	21,4%	18,5%
			% del total	7,4%	11,1%	18,5%
		Total	Recuento	13	14	27
			% RSACR	48,1%	51,9%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	48,1%	51,9%	100,0%
Secundario incompleto	RSACR	NS-NC	Recuento	3	8	11
			% de RSACR	27,3%	72,7%	100,0%
			% de Sexo	13,6%	38,1%	25,6%
			% del total	7,0%	18,6%	25,6%
		RS Biológicas Neutras	Recuento	1	0	1
			% de RSACR	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	4,5%	,0%	2,3%
			% del total	2,3%	,0%	2,3%
		RS Biológicas Negativas	Recuento	7	3	10
			% de RSACR	70,0%	30,0%	100,0%
			% de Sexo	31,8%	14,3%	23,3%
			% del total	16,3%	7,0%	23,3%
		RS Psicológicas Positivas	Recuento	1	0	1
			% de RSACR	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	4,5%	,0%	2,3%
			% del total	2,3%	,0%	2,3%

		RS Psicológicas Negativas	Recuento	4	0	4
			% de RSACR	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	18,2%	,0%	9,3%
			% del total	9,3%	,0%	9,3%
		RS Metafóricas Neutras	Recuento	6	8	14
			% de RSACR	42,9%	57,1%	100,0%
			% de Sexo	27,3%	38,1%	32,6%
			% del total	14,0%	18,6%	32,6%
		RS Metafóricas Negativas	Recuento	0	2	2
			% de RSACR	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	9,5%	4,7%
			% del total	,0%	4,7%	4,7%
	Total		Recuento	22	21	43
			% de RSACR	51,2%	48,8%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	51,2%	48,8%	100,0%
Secundario completo	RSACR	NS-NC	Recuento	3	7	10
			% de RSACR	30,0%	70,0%	100,0%
			% de Sexo	8,3%	77,8%	22,2%
			% del total	6,7%	15,6%	22,2%
		RS Biológicas Neutras	Recuento	5	0	5
			% de RSACR	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	13,9%	,0%	11,1%
			% del total	11,1%	,0%	11,1%
		RS Biológicas Negativas	Recuento	11	1	12
			% de RSACR	91,7%	8,3%	100,0%
			% de Sexo	30,6%	11,1%	26,7%
			% del total	24,4%	2,2%	26,7%
		RS Psicológicas Positivas	Recuento	1	0	1
			% de RSACR	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	2,8%	,0%	2,2%
			% del total	2,2%	,0%	2,2%
		RS Psicológicas Neutras	Recuento	2	0	2
			% de RSACR	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	5,6%	,0%	4,4%
			% del total	4,4%	,0%	4,4%
		RS	Recuento	3	1	4

		Psicológicas Negativas				
			% de RSACR	75,0%	25,0%	100,0%
			% de Sexo	8,3%	11,1%	8,9%
			% del total	6,7%	2,2%	8,9%
		RS Metafóricas Neutras	Recuento	11	0	11
			% de RSACR	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	30,6%	,0%	24,4%
			% del total	24,4%	,0%	24,4%
	Total		Recuento	36	9	45
			% de RSACR	80,0%	20,0%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	80,0%	20,0%	100,0%
Terciario/universitario incompleto	RSACR	NS-NC	Recuento	1	5	6
			% de RSACR	16,7%	83,3%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	62,5%	21,4%
			% del total	3,6%	17,9%	21,4%
		RS Biológicas Neutras	Recuento	1	0	1
			% de RSACR	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	,0%	3,6%
			% del total	3,6%	,0%	3,6%
		RS Biológicas Negativas	Recuento	8	0	8
			% de RSACR	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	40,0%	,0%	28,6%
			% del total	28,6%	,0%	28,6%
		RS Psicológicas Neutras	Recuento	1	0	1
			% de RSACR	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	,0%	3,6%
			% del total	3,6%	,0%	3,6%
		RS Psicológicas Negativas	Recuento	4	0	4
			% de RSACR	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	20,0%	,0%	14,3%
			% del total	14,3%	,0%	14,3%
		RS Metafóricas Neutras	Recuento	5	1	6

			% de RSACR	83,3%	16,7%	100,0%
			% de Sexo	25,0%	12,5%	21,4%
			% del total	17,9%	3,6%	21,4%
		RS Metafóricas Negativas	Recuento	0	2	2
			% de RSACR	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	25,0%	7,1%
			% del total	,0%	7,1%	7,1%
	Total		Recuento	20	8	28
	% de RSACR			71,4%	28,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			71,4%	28,6%	100,0%
Terciario/universitario completo	RSACR	NS-NC	Recuento	0	1	1
			% de RSACR	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	25,0%	7,1%
			% del total	,0%	7,1%	7,1%
		RS Biológicas Neutras	Recuento	1	0	1
			% de RSACR	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	10,0%	,0%	7,1%
			% del total	7,1%	,0%	7,1%
		RS Biológicas Negativas	Recuento	2	0	2
			% de RSACR	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	20,0%	,0%	14,3%
			% del total	14,3%	,0%	14,3%
		RS Psicológicas Negativas	Recuento	0	1	1
			% de RSACR	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	25,0%	7,1%
			% del total	,0%	7,1%	7,1%
		RS Metafóricas Neutras	Recuento	6	2	8
			% de RSACR	75,0%	25,0%	100,0%
			% de Sexo	60,0%	50,0%	57,1%

			% del total	42,9%	14,3%	57,1%
		RS Metafóricas Negativas	Recuento	1	0	1
			% de RSACR	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	10,0%	,0%	7,1%
			% del total	7,1%	,0%	7,1%
	Total		Recuento	10	4	14
	% de RSACR			71,4%	28,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			71,4%	28,6%	100,0%

Tabla 23. Tabla de contingencia ¿Cree Ud. que existe el climaterio femenino? * Sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
¿Cree Ud. que existe el climaterio femenino?	NS/NC	Recuento	5	35	40
		% de ¿Cree Ud. que existe el climaterio femenino?	12,5%	87,5%	100,0%
		% de Sexo	4,4%	53,0%	22,2%
		% del total	2,8%	19,4%	22,2%
	No	Recuento	5	1	6
		% de ¿Cree Ud. que existe el climaterio femenino?	83,3%	16,7%	100,0%
		% de Sexo	4,4%	1,5%	3,3%
		% del total	2,8%	,6%	3,3%
	Sí	Recuento	104	30	134
		% de ¿Cree Ud. que existe el climaterio femenino?	77,6%	22,4%	100,0%
		% de Sexo	91,2%	45,5%	74,4%
		% del total	57,8%	16,7%	74,4%
Total		Recuento	114	66	180
		% de ¿Cree Ud. que existe el climaterio femenino?	63,3%	36,7%	100,0%
		% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	63,3%	36,7%	100,0%

Tabla 24. Tabla de contingencia ¿Cree Ud. que existe la andropausia (climaterio masculino)? * Sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
¿Cree Ud. que existe la andropausia (climaterio masculino)?	NS/NC	Recuento	7	35	42
		% de ¿Cree Ud. que existe la andropausia (climaterio masculino)?	16,7%	83,3%	100,0%
		% de Sexo	6,2%	53,0%	23,5%
		% del total	3,9%	19,6%	23,5%
	No	Recuento	18	0	18
		% de ¿Cree Ud. que existe la andropausia (climaterio masculino)?	100,0%	,0%	100,0%
		% de Sexo	15,9%	,0%	10,1%
		% del total	10,1%	,0%	10,1%
	Sí	Recuento	88	31	119
		% de ¿Cree Ud. que existe la andropausia (climaterio masculino)?	73,9%	26,1%	100,0%
		% de Sexo	77,9%	47,0%	66,5%
		% del total	49,2%	17,3%	66,5%
Total		Recuento	113	66	179
		% de ¿Cree Ud. que existe la andropausia (climaterio masculino)?	63,1%	36,9%	100,0%
		% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	63,1%	36,9%	100,0%

Tabla 25 a. Tabla de contingencia ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores * Sexo * Edad

Edad				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	Sí	Recuento	2		2
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	100,0 %		100,0 %
			% de Sexo	100,0 %		100,0 %
			% del total	100,0 %		100,0 %
	Total		Recuento	2		2
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores			100,0 %		100,0 %
	% de Sexo			100,0 %		100,0 %
	% del total			100,0 %		100,0 %
40-43 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	No	Recuento	11	3	14
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	78,6 %	21,4 %	100,0 %
			% de Sexo	78,6 %	100,0 %	82,4 %
			% del total	64,7 %	17,6 %	82,4 %
		Sí	Recuento	3	0	3
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	100,0 %	,0 %	100,0 %
			% de Sexo	21,4 %	,0 %	17,6 %
			% del total	17,6 %	,0 %	17,6 %
	Total		Recuento	14	3	17
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores			82,4 %	17,6 %	100,0 %
	% de Sexo			100,0 %	100,0 %	100,0 %
	% del total			82,4 %	17,6 %	100,0 %

44-47 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	No	Recuento	8		8
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	100,0 %		100,0 %
			% de Sexo	61,5%		61,5%
			% del total	61,5%		61,5%
		Sí	Recuento	5		5
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	100,0 %		100,0 %
			% de Sexo	38,5%		38,5%
			% del total	38,5%		38,5%
	Total		Recuento	13		13
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores		100,0%			100,0 %
	% de Sexo		100,0%			100,0 %
	% del total		100,0%			100,0 %
48-51 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	NS/NC	Recuento	1	1	2
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	50,0%	50,0%	100,0 %
			% de Sexo	5,0%	12,5%	7,1%
			% del total	3,6%	3,6%	7,1%
		No	Recuento	6	5	11
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	54,5%	45,5%	100,0 %
			% de Sexo	30,0%	62,5%	39,3%
			% del total	21,4%	17,9%	39,3%

		Sí	Recuento	13	2	15
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	86,7%	13,3%	100,0 %
			% de Sexo	65,0%	25,0%	53,6%
			% del total	46,4%	7,1%	53,6%
	Total		Recuento	20	8	28
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores			71,4%	28,6%	100,0 %
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0 %
	% del total			71,4%	28,6%	100,0 %
52-55 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	No	Recuento	12	7	19
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	63,2%	36,8%	100,0 %
			% de Sexo	35,3%	100,0%	46,3%
			% del total	29,3%	17,1%	46,3%
		Sí	Recuento	22	0	22
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	64,7%	,0%	53,7%
			% del total	53,7%	,0%	53,7%
	Total		Recuento	34	7	41
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores			82,9%	17,1%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0 %	100,0%
	% del total			82,9%	17,1%	100,0%
56-60 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	No	Recuento	6	8	14

			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	42,9%	57,1%	100,0 %
			% de Sexo	28,6%	88,9%	46,7%
			% del total	20,0%	26,7%	46,7%
		Sí	Recuento	15	1	16
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	93,8%	6,3%	100,0 %
			% de Sexo	71,4%	11,1%	53,3%
			% del total	50,0%	3,3%	53,3%
	Total		Recuento	21	9	30
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	70,0%	30,0%	100,0 %
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0 %
	% del total			70,0%	30,0%	100,0 %
Más de 60 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	NS/ NC	Recuento	1	0	1
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	100,0 %	,0%	100,0 %
			% de Sexo	11,1%	,0%	2,1%
			% del total	2,1%	,0%	2,1%
		No	Recuento	4	34	38
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores	10,5%	89,5%	100,0 %
			% de Sexo	44,4%	87,2%	79,2%
			% del total	8,3%	70,8%	79,2%
		Sí	Recuento	4	5	9
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes	44,4%	55,6%	100,0 %

			síntomas? - Bochornos, sudoración, calores			
			% de Sexo	44,4%	12,8%	18,8%
			% del total	8,3%	10,4%	18,8%
	Total		Recuento	9	39	48
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Bochornos, sudoración, calores			18,8%	81,3%	100,0 %
	% de Sexo			100,0 %	100,0%	100,0 %
	% del total			18,8%	81,3%	100,0 %

Tabla 25 b. Tabla de contingencia ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón * Sexo * Edad

Edad				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	Sí	Recuento	2		2
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	100,0%		100,0 %
			% de Sexo	100,0%		100,0 %
			% del total	100,0%		100,0 %
	Total		Recuento	2		2
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón			100,0%		100,0 %
	% de Sexo			100,0%		100,0 %
	% del total			100,0%		100,0 %
40-43 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	No	Recuento	9	3	12
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	75,0%	25,0%	100,0 %
			% de Sexo	64,3%	100,0%	70,6%
			% del total	52,9%	17,6%	70,6%
		Sí	Recuento	5	0	5
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	100,0%	,0%	100,0 %
			% de Sexo	35,7%	,0%	29,4%
			% del total	29,4%	,0%	29,4%
	Total		Recuento	14	3	17
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón			82,4%	17,6%	100,0 %
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0 %
	% del total			82,4%	17,6%	100,0 %
44-47 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes	No	Recuento	10		10

	síntomas? - Molestias en el corazón					
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	100,0%		100,0 %
			% de Sexo	76,9%		76,9%
			% del total	76,9%		76,9%
		Sí	Recuento	3		3
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	100,0%		100,0 %
			% de Sexo	23,1%		23,1%
			% del total	23,1%		23,1%
	Total		Recuento	13		13
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón			100,0%		100,0 %
	% de Sexo			100,0%		100,0 %
	% del total			100,0%		100,0 %
48-51 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	NS/NC	Recuento	1	1	2
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	50,0%	50,0%	100,0 %
			% de Sexo	5,0%	12,5%	7,1%
			% del total	3,6%	3,6%	7,1%
		No	Recuento	8	2	10
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	80,0%	20,0%	100,0 %
			% de Sexo	40,0%	25,0%	35,7%
			% del total	28,6%	7,1%	35,7%
		Sí	Recuento	11	5	16
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	68,8%	31,3%	100,0 %

			% de Sexo	55,0%	62,5%	57,1%
			% del total	39,3%	17,9%	57,1%
	Total		Recuento	20	8	28
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón			71,4%	28,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			71,4%	28,6%	100,0%
52-55 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	No	Recuento	13	4	17
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	76,5%	23,5%	100,0%
			% de Sexo	38,2%	57,1%	41,5%
			% del total	31,7%	9,8%	41,5%
		Sí	Recuento	21	3	24
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	87,5%	12,5%	100,0%
			% de Sexo	61,8%	42,9%	58,5%
			% del total	51,2%	7,3%	58,5%
	Total		Recuento	34	7	41
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón			82,9%	17,1%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			82,9%	17,1%	100,0%
56-60 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	No	Recuento	10	6	16
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	62,5%	37,5%	100,0%
			% de Sexo	47,6%	66,7%	53,3%
			% del total	33,3%	20,0%	53,3%

	Sí	Recuento	11	3	14
	de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón		78,6%	21,4%	100,0%
	% de Sexo		52,4%	33,3%	46,7%
	% del total		36,7%	10,0%	46,7%
	Total	Recuento	21	9	30
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón		70,0%	30,0%	100,0 %
	% de Sexo		100,0 %	100,0%	100,0 %
	% del total		70,0%	30,0%	100,0 %
Más de 60 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	NS/N C	Recuento		
			1	0	1
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	100,0 %	,0%
			% de Sexo	11,1%	,0%
			% del total	2,1%	,0%
	No		Recuento	5	25
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	16,7%	83,3%
			% de Sexo	55,6%	64,1%
			% del total	10,4%	52,1%
	Sí		Recuento	3	14
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón	17,6%	82,4%
			% de Sexo	33,3%	35,9%
			% del total	6,3%	29,2%
	Total	Recuento	9	39	48
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias en el corazón		18,8%	81,3%	100,0 %
	% de Sexo		100,0%	100,0%	100,0 %
	% del total		18,8%	81,3%	100,0 %

Tabla 25 c. Tabla de contingencia ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño * Sexo * Edad

Edad				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	Sí	Recuento	2		2
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	100,0%		100,0 %
			% de Sexo	100,0%		100,0 %
			% del total	100,0%		100,0 %
	Total		Recuento	2		2
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño			100,0%		100,0 %
	% de Sexo			100,0%		100,0 %
	% del total			100,0%		100,0 %
40-43 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	No	Recuento	12	2	14
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	85,7%	14,3%	100,0 %
			% de Sexo	85,7%	66,7%	82,4 %
			% del total	70,6%	11,8%	82,4 %
		Sí	Recuento	2	1	3
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	66,7%	33,3%	100,0 %
			% de Sexo	14,3%	33,3%	17,6 %
			% del total	11,8%	5,9%	17,6 %
	Total		Recuento	14	3	17
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño			82,4%	17,6%	100,0 %
	% de Sexo			100,0%	100,0 %	100,0 %
	% del total			82,4%	17,6%	100,0 %

44-47 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	No	Recuento	6		6
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	100,0 %		100,0 %
			% de Sexo	46,2%		46,2%
			% del total	46,2%		46,2%
		Sí	Recuento	7		7
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	100,0 %		100,0 %
			% de Sexo	53,8%		53,8%
			% del total	53,8%		53,8%
	Total	Recuento		13		13
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño			100,0 %		100,0 %
	% de Sexo		100,0%			100,0%
	% del total		100,0%			100,0%
48-51 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	NS/N C	Recuento	1	1	2
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	50,0%	50,0 %	100,0 %
			% de Sexo	5,0%	12,5 %	7,1 %
			% del total	3,6%	3,6%	7,1 %
		No	Recuento	9	1	10
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	90,0%	10,0 %	100,0 %
			% de Sexo	45,0%	12,5 %	35,7 %
			% del total	32,1%	3,6%	35,7 %
		Sí	Recuento	10	6	16
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	62,5%	37,5 %	100,0 %

			% de Sexo	50,0%	75,0 %	57,1 %
			% del total	35,7%	21,4 %	57,1 %
	Total		Recuento	20	8	28
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño			71,4%	28,6 %	100,0 %
	% de Sexo			100,0%	100,0 %	100,0 %
	% del total			71,4%	28,6 %	100,0 %
52-55 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	No	Recuento	10	1	11
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	90,9%	9,1%	100,0 %
			% de Sexo	29,4%	14,3%	26,8 %
			% del total	24,4%	2,4%	26,8 %
		Sí	Recuento	24	6	30
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	80,0%	20,0%	100,0 %
			% de Sexo	70,6%	85,7%	73,2 %
			% del total	58,5%	14,6%	73,2 %
	Total		Recuento	34	7	41
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño			82,9%	17,1 %	100,0 %
	% de Sexo			100,0%	100,0 %	100,0 %
	% del total			82,9%	17,1 %	100,0 %
56-60 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	No	Recuento	8	5	13
			% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	61,5%	38,5 %	100,0 %
			% de Sexo	38,1%	55,6 %	43,3 %
			% del total	26,7%	16,7 %	43,3 %
		Sí	Recuento	13	4	17
			% de ¿Ha sentido o	76,5%	23,5	100,0

			siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño		%	%
			% de Sexo	61,9%	44,4%	56,7%
			% del total	43,3%	13,3%	56,7%
	Total		Recuento	21	9	30
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño			70,0%	30,0%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			70,0%	30,0%	100,0%
Más de 60 años	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño	NS/NC	Recuento	1	0	1
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño			100,0%	,0%	100,0%
	% de Sexo			11,1%	,0%	2,1%
	% del total			2,1%	,0%	2,1%
		No	Recuento	3	20	23
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño			13,0%	87,0%	100,0%
	% de Sexo			33,3%	51,3%	47,9%
	% del total			6,3%	41,7%	47,9%
		Sí	Recuento	5	19	24
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño			20,8%	79,2%	100,0%
	% de Sexo			55,6%	48,7%	50,0%
	% del total			10,4%	39,6%	50,0%
	Total		Recuento	9	39	48
	% de ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Dificultades en el sueño			18,8%	81,3%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			18,8%	81,3%	100,0%

Tabla 25 d. Tabla de contingencia ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Molestias musculares y articulares (MMA) * Sexo * Edad

Edad				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? (MMA)	Sí	Recuento	2		2
			% de MMA	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
	Total		Recuento	2		2
	% de MMA			100,0%		100,0%
	% de Sexo			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
40-43 años	MMA	No	Recuento	8	2	10
			% de MMA	80,0%	20,0%	100,0%
			% de Sexo	57,1%	66,7%	58,8%
			% del total	47,1%	11,8%	58,8%
		Sí	Recuento	6	1	7
			% de MMA	85,7%	14,3%	100,0%
			% de Sexo	42,9%	33,3%	41,2%
			% del total	35,3%	5,9%	41,2%
	Total		Recuento	14	3	17
	% de MMA			82,4%	17,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			82,4%	17,6%	100,0%
44-47 años	MMA	No	Recuento	4		4
			% de MMA	100,0%		100,0%
			% de Sexo	30,8%		30,8%
			% del total	30,8%		30,8%
		Sí	Recuento	9		9
			% de MMA	100,0%		100,0%
			% de Sexo	69,2%		69,2%
			% del total	69,2%		69,2%
	Total		Recuento	13		13
	% de MMA			100,0%		100,0%
	% de Sexo			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
48-51 años	MMA	NS/NC	Recuento	1	1	2
			% de MMA	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	12,5%	7,1%
			% del total	3,6%	3,6%	7,1%
		No	Recuento	7	3	10
			% de MMA	70,0%	30,0%	100,0%
			% de Sexo	35,0%	37,5%	35,7%
			% del total	25,0%	10,7%	35,7%
		Sí	Recuento	12	4	16

			% de MMA	75,0%	25,0%	100,0%	
			% de Sexo	60,0%	50,0%	57,1%	
			% del total	42,9%	14,3%	57,1%	
	Total		Recuento	20	8	28	
	% de MMA			71,4%	28,6%	100,0%	
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total			71,4%	28,6%	100,0%	
52-55 años	MMA	No	Recuento	10	1	11	
			% de MMA	90,9%	9,1%	100,0%	
			% de Sexo	29,4%	14,3%	26,8%	
			% del total	24,4%	2,4%	26,8%	
		Sí	Recuento	24	6	30	
			% de MMA	80,0%	20,0%	100,0%	
			% de Sexo	70,6%	85,7%	73,2%	
			% del total	58,5%	14,6%	73,2%	
		Total		Recuento	34	7	41
		% de MMA			82,9%	17,1%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total			82,9%	17,1%	100,0%	
56-60 años	MMA	No	Recuento	6	4	10	
			% de MMA	60,0%	40,0%	100,0%	
			% de Sexo	28,6%	44,4%	33,3%	
			% del total	20,0%	13,3%	33,3%	
		Sí	Recuento	15	5	20	
			% de MMA	75,0%	25,0%	100,0%	
			% de Sexo	71,4%	55,6%	66,7%	
			% del total	50,0%	16,7%	66,7%	
		Total		Recuento	21	9	30
		% de MMA			70,0%	30,0%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total			70,0%	30,0%	100,0%	
Más de 60 años	MMA	NS/ NC	Recuento	1	0	1	
			% de MMA	100,0%	,0%	100,0%	
			% de Sexo	11,1%	,0%	2,1%	
			% del total	2,1%	,0%	2,1%	
		No	Recuento	4	10	14	
			% de MMA	28,6%	71,4%	100,0%	
			% de Sexo	44,4%	25,6%	29,2%	
			% del total	8,3%	20,8%	29,2%	
		Sí	Recuento	4	29	33	
			% de MMA	12,1%	87,9%	100,0%	
			% de Sexo	44,4%	74,4%	68,8%	
			% del total	8,3%	60,4%	68,8%	
		Total		Recuento	9	39	48
		% de MMA			18,8%	81,3%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total			18,8%	81,3%	100,0%	

Tabla 25 e. Tabla de contingencia ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Estado de ánimo depresivo (EAD) * Sexo * Edad

Edad				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Estado de ánimo depresivo (EAD)	Sí	Recuento	2		2
			% de EAD	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
	Total		Recuento	2		2
			% de EAD	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
40-43 años	EAD	No	Recuento	11	2	13
			% de EAD	84,6%	15,4%	100,0%
			% de Sexo	78,6%	66,7%	76,5%
			% del total	64,7%	11,8%	76,5%
		Sí	Recuento	3	1	4
			% de EAD	75,0%	25,0%	100,0%
			% de Sexo	21,4%	33,3%	23,5%
			% del total	17,6%	5,9%	23,5%
	Total		Recuento	14	3	17
			% de EAD	82,4%	17,6%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	82,4%	17,6%	100,0%
44-47 años	EAD	No	Recuento	10		10
			% de EAD	100,0%		100,0%
			% de Sexo	76,9%		76,9%
			% del total	76,9%		76,9%
		Sí	Recuento	3		3
			% de EAD	100,0%		100,0%
			% de Sexo	23,1%		23,1%
			% del total	23,1%		23,1%
	Total		Recuento	13		13
			% de EAD	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
48-51 años	EAD	NS/NC	Recuento	1	1	2
			% de EAD	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	12,5%	7,1%
			% del total	3,6%	3,6%	7,1%
		No	Recuento	11	6	17
			% de EAD	64,7%	35,3%	100,0%
			% de Sexo	55,0%	75,0%	60,7%

			% del total	39,3%	21,4%	60,7%
		Sí	Recuento	8	1	9
			% de EAD	88,9%	11,1%	100,0%
			% de Sexo	40,0%	12,5%	32,1%
			% del total	28,6%	3,6%	32,1%
	Total		Recuento	20	8	28
			% de EAD	71,4%	28,6%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	71,4%	28,6%	100,0%
52-55 años	EAD	No	Recuento	17	3	20
			% de EAD	85,0%	15,0%	100,0%
			% de Sexo	50,0%	42,9%	48,8%
			% del total	41,5%	7,3%	48,8%
		Sí	Recuento	17	4	21
			% de EAD	81,0%	19,0%	100,0%
			% de Sexo	50,0%	57,1%	51,2%
			% del total	41,5%	9,8%	51,2%
	Total		Recuento	34	7	41
			% de EAD	82,9%	17,1%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	82,9%	17,1%	100,0%
56-60 años	EAD	No	Recuento	11	5	16
			% de EAD	68,8%	31,3%	100,0%
			% de Sexo	52,4%	55,6%	53,3%
			% del total	36,7%	16,7%	53,3%
		Sí	Recuento	10	4	14
			% de EAD	71,4%	28,6%	100,0%
			% de Sexo	47,6%	44,4%	46,7%
			% del total	33,3%	13,3%	46,7%
	Total		Recuento	21	9	30
			% de EAD	70,0%	30,0%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	70,0%	30,0%	100,0%
Más de 60 años	EAD	NS/NC	Recuento	1	0	1
			% de EAD	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	11,1%	,0%	2,1%
			% del total	2,1%	,0%	2,1%
		No	Recuento	3	28	31
			% de EAD	9,7%	90,3%	100,0%
			% de Sexo	33,3%	71,8%	64,6%
			% del total	6,3%	58,3%	64,6%
		Sí	Recuento	5	11	16
			% de EAD	31,3%	68,8%	100,0%
			% de Sexo	55,6%	28,2%	33,3%
			% del total	10,4%	22,9%	33,3%
	Total		Recuento	9	39	48
			% de EAD	18,8%	81,3%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	18,8%	81,3%	100,0%

Tabla 25 f. Tabla de contingencia ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Irritabilidad (SIRRIT)* Sexo * Edad

Edad				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? – Irritabilidad (SIRRIT)	Sí	Recuento	2		2
			% de SIRRIT	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
	Total		Recuento	2		2
			% de SIRRIT	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
40-43 años	SIRRIT	No	Recuento	10	0	10
			% de SIRRIT	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	71,4%	,0%	58,8%
			% del total	58,8%	,0%	58,8%
		Sí	Recuento	4	3	7
			% de SIRRIT	57,1%	42,9%	100,0%
			% de Sexo	28,6%	100,0%	41,2%
			% del total	23,5%	17,6%	41,2%
	Total		Recuento	14	3	17
			SIRRIT	82,4%	17,6%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	82,4%	17,6%	100,0%
44-47 años	SIRRIT	No	Recuento	6		6
			% de SIRRIT	100,0%		100,0%
			% de Sexo	46,2%		46,2%
			% del total	46,2%		46,2%
		Sí	Recuento	7		7
			% de SIRRIT	100,0%		100,0%
			% de Sexo	53,8%		53,8%
			% del total	53,8%		53,8%
	Total		Recuento	13		13
			% de SIRRIT	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
48-51 años	SIRRIT	NS/NC	Recuento	1	1	2

			% de SIRRIT	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	12,5%	7,1%
			% del total	3,6%	3,6%	7,1%
		No	Recuento	5	1	6
			% de SIRRIT	83,3%	16,7%	100,0%
			% de Sexo	25,0%	12,5%	21,4%
			% del total	17,9%	3,6%	21,4%
		Sí	Recuento	14	6	20
			% de SIRRIT	70,0%	30,0%	100,0%
			% de Sexo	70,0%	75,0%	71,4%
			% del total	50,0%	21,4%	71,4%
	Total		Recuento	20	8	28
	% de SIRRIT			71,4%	28,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			71,4%	28,6%	100,0%
52-55 años	SIRRIT	No	Recuento	11	0	11
			% de SIRRIT	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	32,4%	,0%	26,8%
			% del total	26,8%	,0%	26,8%
		Sí	Recuento	23	7	30
			% de SIRRIT	76,7%	23,3%	100,0%
			% de Sexo	67,6%	100,0%	73,2%
			% del total	56,1%	17,1%	73,2%
	Total		Recuento	34	7	41
	% de SIRRIT			82,9%	17,1%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			82,9%	17,1%	100,0%
56-60 años	SIRRIT	No	Recuento	6	5	11
			% de SIRRIT	54,5%	45,5%	100,0%
			% de Sexo	28,6%	55,6%	36,7%
			% del total	20,0%	16,7%	36,7%
		Sí	Recuento	15	4	19
			% de SIRRIT	78,9%	21,1%	100,0%
			% de Sexo	71,4%	44,4%	63,3%
			% del total	50,0%	13,3%	63,3%
	Total		Recuento	21	9	30

	% de SIRRIT		70,0%	30,0%	100,0%	
	% de Sexo		100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total		70,0%	30,0%	100,0%	
Más de 60 años	SIRRIT	NS/NC	Recuento	1	0	1
			% de SIRRIT	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	11,1%	,0%	2,1%
			% del total	2,1%	,0%	2,1%
		No	Recuento	6	20	26
			% de SIRRIT	23,1%	76,9%	100,0%
			% de Sexo	66,7%	51,3%	54,2%
			% del total	12,5%	41,7%	54,2%
		Sí	Recuento	2	19	21
			% de SIRRIT	9,5%	90,5%	100,0%
			% de Sexo	22,2%	48,7%	43,8%
			% del total	4,2%	39,6%	43,8%
	Total		Recuento	9	39	48
	% de SIRRIT		18,8%	81,3%	100,0%	
	% de Sexo		100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total		18,8%	81,3%	100,0%	

Tabla 25 g. Tabla de contingencia ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Ansiedad (ANSIEDAD)* Sexo * Edad

Edad				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? – Ansiedad (ANSIEDAD)	Sí	Recuento	2		2
			% de ANSIEDAD	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
	Total		Recuento	2		2
	% de ANSIEDAD			100,0%		100,0%
	% de Sexo			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
40-43 años	ANSIEDAD	No	Recuento	9	3	12
			% de ANSIEDAD	75,0%	25,0%	100,0%
			% de Sexo	64,3%	100,0%	70,6%
			% del total	52,9%	17,6%	70,6%
		Sí	Recuento	5	0	5
			% de ANSIEDAD	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	35,7%	,0%	29,4%
			% del total	29,4%	,0%	29,4%
	Total		Recuento	14	3	17
	% de ANSIEDAD			82,4%	17,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			82,4%	17,6%	100,0%
44-47 años	ANSIEDAD	No	Recuento	7		7
			% de ANSIEDAD	100,0%		100,0%
			% de Sexo	53,8%		53,8%
			% del total	53,8%		53,8%
		Sí	Recuento	6		6
			% de ANSIEDAD	100,0%		100,0%
			% de Sexo	46,2%		46,2%
			% del total	46,2%		46,2%
	Total		Recuento	13		13
	% de ANSIEDAD			100,0%		100,0%
	% de Sexo			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
48-51 años	ANSIEDAD	NS/NC	Recuento	1	1	2
			% de ANSIEDAD	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	12,5%	7,1%
			% del total	3,6%	3,6%	7,1%
		No	Recuento	9	3	12
			% de ANSIEDAD	75,0%	25,0%	100,0%

			% de Sexo	45,0%	37,5%	42,9%
			% del total	32,1%	10,7%	42,9%
		Sí	Recuento	10	4	14
			% de ANSIEDAD	71,4%	28,6%	100,0%
			% de Sexo	50,0%	50,0%	50,0%
			% del total	35,7%	14,3%	50,0%
	Total		Recuento	20	8	28
	% de ANSIEDAD			71,4%	28,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			71,4%	28,6%	100,0%
52-55 años	ANSIEDAD	No	Recuento	13	2	15
			% de ANSIEDAD	86,7%	13,3%	100,0%
			% de Sexo	38,2%	28,6%	36,6%
			% del total	31,7%	4,9%	36,6%
		Sí	Recuento	21	5	26
			% de ANSIEDAD	80,8%	19,2%	100,0%
			% de Sexo	61,8%	71,4%	63,4%
			% del total	51,2%	12,2%	63,4%
	Total		Recuento	34	7	41
	% de ANSIEDAD			82,9%	17,1%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			82,9%	17,1%	100,0%
56-60 años	ANSIEDAD	No	Recuento	10	3	13
			% de ANSIEDAD	76,9%	23,1%	100,0%
			% de Sexo	47,6%	33,3%	43,3%
			% del total	33,3%	10,0%	43,3%
		Sí	Recuento	11	6	17
			% de ANSIEDAD	64,7%	35,3%	100,0%
			% de Sexo	52,4%	66,7%	56,7%
			% del total	36,7%	20,0%	56,7%
	Total		Recuento	21	9	30
	% de ANSIEDAD			70,0%	30,0%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			70,0%	30,0%	100,0%
Más de 60 años	ANSIEDAD	NS/NC	Recuento	1	0	1
			% de ANSIEDAD	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	11,1%	,0%	2,1%
			% del total	2,1%	,0%	2,1%
		No	Recuento	3	23	26
			% de ANSIEDAD	11,5%	88,5%	100,0%
			% de Sexo	33,3%	59,0%	54,2%
			% del total	6,3%	47,9%	54,2%
		Sí	Recuento	5	16	21
			% de ANSIEDAD	23,8%	76,2%	100,0%
			% de Sexo	55,6%	41,0%	43,8%
			% del total	10,4%	33,3%	43,8%
	Total		Recuento	9	39	48
	% de ANSIEDAD			18,8%	81,3%	100,0%

	% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	18,8%	81,3%	100,0%

Tabla 25 h. Tabla de contingencia ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Cansancio físico y mental (CFyM) * Sexo * Edad

Edad				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Cansancio físico y mental (CFyM)	No	Recuento	1		1
			% de CFyM	100,0%		100,0%
			% de Sexo	50,0%		50,0%
			% del total	50,0%		50,0%
		Sí	Recuento	1		1
			% de CFyM	100,0%		100,0%
			% de Sexo	50,0%		50,0%
			% del total	50,0%		50,0%
	Total		Recuento	2		2
	% de CFyM			100,0%		100,0%
	% de Sexo			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
40-43 años	CFyM	No	Recuento	9	0	9
			% de CFyM	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	64,3%	,0%	52,9%
			% del total	52,9%	,0%	52,9%
		Sí	Recuento	5	3	8
			% de CFyM	62,5%	37,5%	100,0%
			% de Sexo	35,7%	100,0%	47,1%
			% del total	29,4%	17,6%	47,1%
	Total		Recuento	14	3	17
	% de CFyM		82,4%		17,6%	100,0%
	% de Sexo		100,0%		100,0%	100,0%
	% del total		82,4%		17,6%	100,0%
44-47 años	CFyM	No	Recuento	6		6
			% de CFyM	100,0%		100,0%
			% de Sexo	46,2%		46,2%
			% del total	46,2%		46,2%
		Sí	Recuento	7		7
			% de CFyM	100,0%		100,0%
			% de Sexo	53,8%		53,8%
			% del total	53,8%		53,8%
	Total		Recuento	13		13
	% de CFyM			100,0%		100,0%
	% de Sexo			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
48-51 años	CFyM	NS/NC	Recuento	1	1	2
			% de CFyM	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	12,5%	7,1%
			% del total	3,6%	3,6%	7,1%

		No	Recuento	4	1	5
			% de CFyM	80,0%	20,0%	100,0%
			% de Sexo	20,0%	12,5%	17,9%
			% del total	14,3%	3,6%	17,9%
		Sí	Recuento	15	6	21
			% de CFyM	71,4%	28,6%	100,0%
			% de Sexo	75,0%	75,0%	75,0%
			% del total	53,6%	21,4%	75,0%
	Total		Recuento	20	8	28
	% de CFyM			71,4%	28,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			71,4%	28,6%	100,0%
52-55 años	CFyM	No	Recuento	10	2	12
			% de CFyM	83,3%	16,7%	100,0%
			% de Sexo	29,4%	28,6%	29,3%
			% del total	24,4%	4,9%	29,3%
		Sí	Recuento	24	5	29
			% de CFyM	82,8%	17,2%	100,0%
			% de Sexo	70,6%	71,4%	70,7%
			% del total	58,5%	12,2%	70,7%
	Total		Recuento	34	7	41
	% de CFyM			82,9%	17,1%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			82,9%	17,1%	100,0%
56-60 años	CFyM	No	Recuento	5	4	9
			% de CFyM	55,6%	44,4%	100,0%
			% de Sexo	23,8%	44,4%	30,0%
			% del total	16,7%	13,3%	30,0%
		Sí	Recuento	16	5	21
			% de CFyM	76,2%	23,8%	100,0%
			% de Sexo	76,2%	55,6%	70,0%
			% del total	53,3%	16,7%	70,0%
	Total		Recuento	21	9	30
	% de CFyM			70,0%	30,0%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			70,0%	30,0%	100,0%
Más de 60 años	CFyM	NS/N C	Recuento	1	0	1
			% de CFyM	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	11,1%	,0%	2,1%
			% del total	2,1%	,0%	2,1%
		No	Recuento	3	15	18
			% de CFyM	16,7%	83,3%	100,0%
			% de Sexo	33,3%	38,5%	37,5%
			% del total	6,3%	31,3%	37,5%
		Sí	Recuento	5	24	29
			% de CFyM	17,2%	82,8%	100,0%
			% de Sexo	55,6%	61,5%	60,4%
			% del total	10,4%	50,0%	60,4%
	Total		Recuento	9	39	48

	% de CFyM	18,8%	81,3%	100,0%
	% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	18,8%	81,3%	100,0%

Tabla 25 i. Tabla de contingencia ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Problemas sexuales (SPSX) * Sexo * Edad

Edad				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Problemas sexuales (SPSX)	Sí	Recuento	2		2
			% de SPSX	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
	Total		Recuento	2		2
	% de SPSX			100,0%		100,0%
	% de Sexo			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
40-43 años	SPSX	No	Recuento	7	2	9
			% de SPSX	77,8%	22,2%	100,0%
			% de Sexo	50,0%	66,7%	52,9%
			% del total	41,2%	11,8%	52,9%
		Sí	Recuento	7	1	8
			% de SPSX	87,5%	12,5%	100,0%
			% de Sexo	50,0%	33,3%	47,1%
			% del total	41,2%	5,9%	47,1%
	Total		Recuento	14	3	17
	% de SPSX			82,4%	17,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			82,4%	17,6%	100,0%
44-47 años	SPSX	No	Recuento	10		10
			% de SPSX	100,0%		100,0%
			% de Sexo	76,9%		76,9%
			% del total	76,9%		76,9%
		Sí	Recuento	3		3
			% de SPSX	100,0%		100,0%
			% de Sexo	23,1%		23,1%
			% del total	23,1%		23,1%
	Total		Recuento	13		13
	% de SPSX			100,0%		100,0%
	% de Sexo			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
48-51 años	SPSX	NS/NC	Recuento	1	1	2
			% de SPSX	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	12,5%	7,1%

			% del total	3,6%	3,6%	7,1%
		No	Recuento	9	3	12
			% de SPSX	75,0%	25,0%	100,0%
			% de Sexo	45,0%	37,5%	42,9%
			% del total	32,1%	10,7%	42,9%
		Si	Recuento	10	4	14
			% de SPSX	71,4%	28,6%	100,0%
			% de Sexo	50,0%	50,0%	50,0%
			% del total	35,7%	14,3%	50,0%
	Total		Recuento	20	8	28
	% de SPSX			71,4%	28,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			71,4%	28,6%	100,0%
52-55 años	SPSX	No	Recuento	10	4	14
			% de SPSX	71,4%	28,6%	100,0%
			% de Sexo	29,4%	57,1%	34,1%
			% del total	24,4%	9,8%	34,1%
		Si	Recuento	24	3	27
			% de SPSX	88,9%	11,1%	100,0%
			% de Sexo	70,6%	42,9%	65,9%
			% del total	58,5%	7,3%	65,9%
	Total		Recuento	34	7	41
	% de SPSX			82,9%	17,1%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			82,9%	17,1%	100,0%
56-60 años	SPSX	No	Recuento	12	1	13
			% de SPSX	92,3%	7,7%	100,0%
			% de Sexo	57,1%	11,1%	43,3%
			% del total	40,0%	3,3%	43,3%
		Si	Recuento	9	8	17
			% de SPSX	52,9%	47,1%	100,0%
			% de Sexo	42,9%	88,9%	56,7%
			% del total	30,0%	26,7%	56,7%
	Total		Recuento	21	9	30
	% de SPSX			70,0%	30,0%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			70,0%	30,0%	100,0%
Más de 60 años	SPSX	NS/NC	Recuento	1	0	1
			% de SPSX	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	11,1%	,0%	2,1%
			% del total	2,1%	,0%	2,1%
		No	Recuento	5	10	15
			% de SPSX	33,3%	66,7%	100,0%
			% de Sexo	55,6%	25,6%	31,3%
			% del total	10,4%	20,8%	31,3%
		Si	Recuento	3	29	32
			% de SPSX	9,4%	90,6%	100,0%
			% de Sexo	33,3%	74,4%	66,7%
			% del total	6,3%	60,4%	66,7%

	Total	Recuento	9	39	48
	% de SPSX		18,8%	81,3%	100,0%
	% de Sexo		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		18,8%	81,3%	100,0%

Tabla 25 j. Tabla de contingencia ¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Problemas urinarios (PRURIN) * Sexo * Edad

Edad				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	¿Ha sentido o siente algunos de los siguientes síntomas? - Problemas urinarios (PRURIN)	Sí	Recuento	2		2
			% de PRURIN	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
	Total		Recuento	2		2
	% de PRURIN			100,0%		100,0%
	% de Sexo			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
40-43 años	PRURIN	No	Recuento	11	1	12
			% de PRURIN	91,7%	8,3%	100,0%
			% de Sexo	78,6%	33,3%	70,6%
			% del total	64,7%	5,9%	70,6%
		Sí	Recuento	3	2	5
			% de PRURIN	60,0%	40,0%	100,0%
			% de Sexo	21,4%	66,7%	29,4%
			% del total	17,6%	11,8%	29,4%
	Total		Recuento	14	3	17
	% de PRURIN			82,4%	17,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			82,4%	17,6%	100,0%
44-47 años	PRURIN	No	Recuento	9		9
			% de PRURIN	100,0%		100,0%
			% de Sexo	69,2%		69,2%
			% del total	69,2%		69,2%
		Sí	Recuento	4		4
			% de PRURIN	100,0%		100,0%
			% de Sexo	30,8%		30,8%
			% del total	30,8%		30,8%
	Total		Recuento	13		13
	% de PRURIN			100,0%		100,0%
	% de Sexo			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
48-51 años	PRURIN	NS/NC	Recuento	1	1	2
			% de PRURIN	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	12,5%	7,1%
			% del total	3,6%	3,6%	7,1%
		No	Recuento	11	2	13
			% de PRURIN	84,6%	15,4%	100,0%
			% de Sexo	55,0%	25,0%	46,4%
			% del total	39,3%	7,1%	46,4%
		Sí	Recuento	8	5	13
			% de PRURIN	61,5%	38,5%	100,0%

			% de Sexo	40,0%	62,5%	46,4%
			% del total	28,6%	17,9%	46,4%
	Total		Recuento	20	8	28
	% de PRURIN			71,4%	28,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			71,4%	28,6%	100,0%
52-55 años	PRURIN	No	Recuento	18	1	19
			% de PRURIN	94,7%	5,3%	100,0%
			% de Sexo	52,9%	14,3%	46,3%
			% del total	43,9%	2,4%	46,3%
		Sí	Recuento	16	6	22
			% de PRURIN	72,7%	27,3%	100,0%
			% de Sexo	47,1%	85,7%	53,7%
			% del total	39,0%	14,6%	53,7%
	Total		Recuento	34	7	41
	% de PRURIN			82,9%	17,1%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			82,9%	17,1%	100,0%
56-60 años	PRURIN	No	Recuento	13	3	16
			% de PRURIN	81,3%	18,8%	100,0%
			% de Sexo	61,9%	33,3%	53,3%
			% del total	43,3%	10,0%	53,3%
		Sí	Recuento	8	6	14
			% de PRURIN	57,1%	42,9%	100,0%
			% de Sexo	38,1%	66,7%	46,7%
			% del total	26,7%	20,0%	46,7%
	Total		Recuento	21	9	30
	% de PRURIN			70,0%	30,0%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			70,0%	30,0%	100,0%
Más de 60 años	PRURIN	NS/N C	Recuento	1	0	1
			% de PRURIN	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	11,1%	,0%	2,1%
			% del total	2,1%	,0%	2,1%
		No	Recuento	6	7	13
			% de PRURIN	46,2%	53,8%	100,0%
			% de Sexo	66,7%	17,9%	27,1%
			% del total	12,5%	14,6%	27,1%
		Sí	Recuento	2	32	34
			% de PRURIN	5,9%	94,1%	100,0%
			% de Sexo	22,2%	82,1%	70,8%
			% del total	4,2%	66,7%	70,8%
	Total		Recuento	9	39	48
	% de PRURIN			18,8%	81,3%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			18,8%	81,3%	100,0%

Tabla 27. Tabla de contingencia ¿Cree Ud. que la mujer en climaterio pierde el atractivo físico? * Sexo (válidos = 179; perdidos = 70).

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
¿Cree Ud. que la mujer en climaterio pierde el atractivo físico?	NS/NC	Recuento	6	30	36
		% de ¿Cree Ud. que la mujer en climaterio pierde el atractivo físico?	16,7%	83,3%	100,0%
		% de Sexo	5,3%	45,5%	20,1%
		% del total	3,4%	16,8%	20,1%
	No	Recuento	59	20	79
		% de ¿Cree Ud. que la mujer en climaterio pierde el atractivo físico?	74,7%	25,3%	100,0%
		% de Sexo	52,2%	30,3%	44,1%
		% del total	33,0%	11,2%	44,1%
	Sí	Recuento	48	16	64
		% de ¿Cree Ud. que la mujer en climaterio pierde el atractivo físico?	75,0%	25,0%	100,0%
		% de Sexo	42,5%	24,2%	35,8%
		% del total	26,8%	8,9%	35,8%
Total		Recuento	113	66	179
		% de ¿Cree Ud. que la mujer en climaterio pierde el atractivo físico?	63,1%	36,9%	100,0%
		% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	63,1%	36,9%	100,0%

Tabla 28. Tabla de contingencia ¿Cree Ud. que la mujer en climaterio pierde el atractivo físico? (MCPAF) * Sexo * Nivel educativo alcanzado

Nivel educativo alcanzado				Sexo		Total	
				Mujer	Varón		
NS/NC	¿Cree Ud. que la mujer en climaterio pierde el atractivo físico? (MCPAF)	Si	Recuento	1		1	
			% de MCPAF	100,0%		100,0%	
			% de Sexo	100,0%		100,0%	
			% del total	100,0%		100,0%	
		Total	Recuento	1		1	
	% de MCPAF		100,0%		100,0%		
	% de Sexo		100,0%		100,0%		
	% del total		100,0%		100,0%		
Sin estudios	MCPAF	NS/NC	Recuento		1	1	
			% de MCPAF		100,0%	100,0%	
			% de Sexo		50,0%	50,0%	
			% del total		50,0%	50,0%	
		No	Recuento		1	1	
			% de MCPAF		100,0%	100,0%	
			% de Sexo		50,0%	50,0%	
			% del total		50,0%	50,0%	
			Total	Recuento		2	2
			% de MCPAF		100,0%	100,0%	
			% de Sexo		100,0%	100,0%	
			% del total		100,0%	100,0%	
		Primario incompleto	MCPAF	NS/NC	Recuento	2	5
% de MCPAF	28,6%				71,4%	100,0%	
% de Sexo	16,7%				62,5%	35,0%	
% del total	10,0%				25,0%	35,0%	
No	Recuento				6	1	7
	% de MCPAF				85,7%	14,3%	100,0%
	% de Sexo			50,0%	12,5%	35,0%	
	% del total			30,0%	5,0%	35,0%	
Si	Recuento			4	2	6	
	% de MCPAF			66,7%	33,3%	100,0%	
	% de Sexo			33,3%	25,0%	30,0%	
	% del total			20,0%	10,0%	30,0%	
Total	Recuento			12	8	20	
	% de MCPAF		60,0%	40,0%	100,0%		
	% de Sexo		100,0%	100,0%	100,0%		
	% del total		60,0%	40,0%	100,0%		
Primario completo	MCPAF	NS/NC	Recuento	1	10	11	
			% de MCPAF	9,1%	90,9%	100,0%	

			% de Sexo	7,7%	71,4%	40,7%
			% del total	3,7%	37,0%	40,7%
		No	Recuento	5	1	6
			% de MCPAF	83,3%	16,7%	100,0%
			% de Sexo	38,5%	7,1%	22,2%
			% del total	18,5%	3,7%	22,2%
		Si	Recuento	7	3	10
			% de MCPAF	70,0%	30,0%	100,0%
			% de Sexo	53,8%	21,4%	37,0%
			% del total	25,9%	11,1%	37,0%
	Total		Recuento	13	14	27
	% de MCPAF			48,1%	51,9%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			48,1%	51,9%	100,0%
Secundario incompleto	MCPAF	NS/ NC	Recuento	1	4	5
			% de MCPAF	20,0%	80,0%	100,0%
			% de Sexo	4,5%	19,0%	11,6%
			% del total	2,3%	9,3%	11,6%
		No	Recuento	9	10	19
			% de MCPAF	47,4%	52,6%	100,0%
			% de Sexo	40,9%	47,6%	44,2%
			% del total	20,9%	23,3%	44,2%
		Si	Recuento	12	7	19
			% de MCPAF	63,2%	36,8%	100,0%
			% de Sexo	54,5%	33,3%	44,2%
			% del total	27,9%	16,3%	44,2%
	Total		Recuento	22	21	43
	% de MCPAF			51,2%	48,8%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			51,2%	48,8%	100,0%
Secundario completo	MCPAF	NS/ NC	Recuento	2	6	8
			% de MCPAF	25,0%	75,0%	100,0%
			% de Sexo	5,6%	66,7%	17,8%
			% del total	4,4%	13,3%	17,8%
		No	Recuento	20	2	22
			% de MCPAF	90,9%	9,1%	100,0%
			% de Sexo	55,6%	22,2%	48,9%
			% del total	44,4%	4,4%	48,9%
		Si	Recuento	14	1	15
			% de MCPAF	93,3%	6,7%	100,0%
			% de Sexo	38,9%	11,1%	33,3%
			% del total	31,1%	2,2%	33,3%
	Total		Recuento	36	9	45
	% de MCPAF			80,0%	20,0%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			80,0%	20,0%	100,0%
Terciario/univ ersitario	MCPAF	NS/ NC	Recuento	0	4	4

incompleto						
			% de MCPAF	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	50,0%	14,8%
			% del total	,0%	14,8%	14,8%
		No	Recuento	11	3	14
			% de MCPAF	78,6%	21,4%	100,0%
			% de Sexo	57,9%	37,5%	51,9%
			% del total	40,7%	11,1%	51,9%
		Si	Recuento	8	1	9
			% de MCPAF	88,9%	11,1%	100,0%
			% de Sexo	42,1%	12,5%	33,3%
			% del total	29,6%	3,7%	33,3%
	Total		Recuento	19	8	27
			% de MCPAF	70,4%	29,6%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	70,4%	29,6%	100,0%
Terciario/univ ersitario completo	MCPAF	No	Recuento	8	2	10
			% de MCPAF	80,0%	20,0%	100,0%
			% de Sexo	80,0%	50,0%	71,4%
			% del total	57,1%	14,3%	71,4%
		Si	Recuento	2	2	4
			% de MCPAF	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	20,0%	50,0%	28,6%
			% del total	14,3%	14,3%	28,6%
	Total		Recuento	10	4	14
			% de MCPAF	71,4%	28,6%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	71,4%	28,6%	100,0%

Tabla 29. Tabla de contingencia ¿Cree Ud. que el varón en andropausia (climaterio) pierde el atractivo físico? * Sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
¿Cree Ud. que el varón en andropausia (climaterio) pierde el atractivo físico?	NS/NC	Recuento	7	35	42
		% de ¿Cree Ud. que el varón en andropausia (climaterio) pierde el atractivo físico?	16,7%	83,3%	100,0%
		% de Sexo	6,2%	53,0%	23,5%
		% del total	3,9%	19,6%	23,5%
No		Recuento	75	17	92
		% de ¿Cree Ud. que el varón en andropausia (climaterio) pierde el atractivo físico?	81,5%	18,5%	100,0%
		% de Sexo	66,4%	25,8%	51,4%
		% del total	41,9%	9,5%	51,4%
Sí		Recuento	31	14	45
		% de ¿Cree Ud. que el varón en andropausia (climaterio) pierde el atractivo físico?	68,9%	31,1%	100,0%
		% de Sexo	27,4%	21,2%	25,1%
		% del total	17,3%	7,8%	25,1%
Total		Recuento	113	66	179
	% de ¿Cree Ud. que el varón en andropausia (climaterio) pierde el atractivo físico?	63,1%	36,9%	100,0%	
	% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	63,1%	36,9%	100,0%	

Tabla 30. Tabla de contingencia ¿Cree Ud. que el varón en andropausia (climaterio) pierde el atractivo físico? (VAPAF) * Sexo * Nivel educativo alcanzado

Nivel educativo alcanzado				Sexo		Total	
				Mujer	Varón		
NS/NC	¿Cree Ud. que el varón en andropausia (climaterio) pierde el atractivo físico? (VAPAF)	Sí	Recuento	1		1	
			% de VAPAF	100,0%		100,0%	
			% de Sexo	100,0%		100,0%	
			% del total	100,0%		100,0%	
			Total	Recuento	1		1
	% de VAPAF		100,0%		100,0%		
	% de Sexo		100,0%		100,0%		
	% del total		100,0%		100,0%		
Sin estudios	VAPAF	NS/NC	Recuento		1	1	
			% de VAPAF		100,0%	100,0%	
			% de Sexo		50,0%	50,0%	
			% del total		50,0%	50,0%	
			Total	Recuento		1	1
		% de VAPAF		100,0%	100,0%		
		% de Sexo		50,0%	50,0%		
		% del total		50,0%	50,0%		
		No	NS/NC	Recuento		1	1
	% de VAPAF				100,0%	100,0%	
% de Sexo				50,0%	50,0%		
% del total				50,0%	50,0%		
Total	Recuento				2	2	
	% de VAPAF		100,0%	100,0%			
	% de Sexo		100,0%	100,0%			
	% del total		100,0%	100,0%			
Primario incompleto	VAPAF	NS/NC	Recuento	2	6	8	
			% de VAPAF	25,0%	75,0%	100,0%	
			% de Sexo	16,7%	75,0%	40,0%	
			% del total	10,0%	30,0%	40,0%	
			Total	Recuento	2	6	8
		% de VAPAF	83,3%	16,7%	100,0%		
		% de Sexo	41,7%	12,5%	30,0%		
		% del total	25,0%	5,0%	30,0%		
		Sí	NS/NC	Recuento	5	1	6
	% de VAPAF			83,3%	16,7%	100,0%	
	% de Sexo			41,7%	12,5%	30,0%	
	% del total			25,0%	5,0%	30,0%	
	Total			Recuento	12	8	20
		% de VAPAF		60,0%	40,0%	100,0%	
		% de Sexo		100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total		60,0%	40,0%	100,0%		
Primario completo	VAPAF	NS/NC	Recuento	2	8	10	
			% de VAPAF	20,0%	80,0%	100,0%	
			% de Sexo	15,4%	57,1%	37,0%	
			% del total	7,4%	29,6%	37,0%	

		No	Recuento	6	3	9
			% de VAPAF	66,7%	33,3%	100,0%
			% de Sexo	46,2%	21,4%	33,3%
			% del total	22,2%	11,1%	33,3%
		Sí	Recuento	5	3	8
			% de VAPAF	62,5%	37,5%	100,0%
			% de Sexo	38,5%	21,4%	29,6%
			% del total	18,5%	11,1%	29,6%
	Total		Recuento	13	14	27
	% de VAPAF			48,1%	51,9%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			48,1%	51,9%	100,0%
Secundario incompleto	VAPAF	NS/ NC	Recuento	1	8	9
			% de VAPAF	11,1%	88,9%	100,0%
			% de Sexo	4,5%	38,1%	20,9%
			% del total	2,3%	18,6%	20,9%
		No	Recuento	13	6	19
			% de VAPAF	68,4%	31,6%	100,0%
			% de Sexo	59,1%	28,6%	44,2%
			% del total	30,2%	14,0%	44,2%
		Sí	Recuento	8	7	15
			% de VAPAF	53,3%	46,7%	100,0%
			% de Sexo	36,4%	33,3%	34,9%
			% del total	18,6%	16,3%	34,9%
	Total		Recuento	22	21	43
	% de VAPAF			51,2%	48,8%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			51,2%	48,8%	100,0%
Secundario completo	VAPAF	NS/ NC	Recuento	2	7	9
			% de VAPAF	22,2%	77,8%	100,0%
			% de Sexo	5,6%	77,8%	20,0%
			% del total	4,4%	15,6%	20,0%
		No	Recuento	26	2	28
			% de VAPAF	92,9%	7,1%	100,0%
			% de Sexo	72,2%	22,2%	62,2%
			% del total	57,8%	4,4%	62,2%
		Sí	Recuento	8	0	8
			% de VAPAF	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	22,2%	,0%	17,8%
			% del total	17,8%	,0%	17,8%
	Total		Recuento	36	9	45
	% de VAPAF			80,0%	20,0%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			80,0%	20,0%	100,0%
Terciario/univ ersitario incompleto	VAPAF	NS/ NC	Recuento	0	4	4
			% de VAPAF	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	50,0%	14,8%

			% del total	,0%	14,8%	14,8%
		No	Recuento	16	3	19
			% de VAPAF	84,2%	15,8%	100,0%
			% de Sexo	84,2%	37,5%	70,4%
			% del total	59,3%	11,1%	70,4%
		Sí	Recuento	3	1	4
			% de VAPAF	75,0%	25,0%	100,0%
			% de Sexo	15,8%	12,5%	14,8%
			% del total	11,1%	3,7%	14,8%
	Total		Recuento	19	8	27
	% de VAPAF			70,4%	29,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			70,4%	29,6%	100,0%
Terciario/univ ersitario completo	VAPAF	NS/ NC	Recuento	0	1	1
			% de VAPAF	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	25,0%	7,1%
			% del total	,0%	7,1%	7,1%
		No	Recuento	9	1	10
			% de VAPAF	90,0%	10,0%	100,0%
			% de Sexo	90,0%	25,0%	71,4%
			% del total	64,3%	7,1%	71,4%
		Sí	Recuento	1	2	3
			% de VAPAF	33,3%	66,7%	100,0%
			% de Sexo	10,0%	50,0%	21,4%
			% del total	7,1%	14,3%	21,4%
	Total		Recuento	10	4	14
	% de VAPAF			71,4%	28,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			71,4%	28,6%	100,0%

Tabla 31. Tabla de contingencia ¿Cree Ud. que la feminidad de la mujer se pierde en la etapa del climaterio? (FMPC) * Sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
¿Cree Ud. que la feminidad de la mujer se pierde en la etapa del climaterio? (FMPC)	NS/NC	Recuento	5	29	34
		% de FMPC	14,7%	85,3%	100,0%
		% de Sexo	4,4%	43,9%	19,0%
		% del total	2,8%	16,2%	19,0%
No		Recuento	83	21	104
		% de FMPC	79,8%	20,2%	100,0%
		% de Sexo	73,5%	31,8%	58,1%
		% del total	46,4%	11,7%	58,1%
Sí		Recuento	25	16	41
		% de FMPC	61,0%	39,0%	100,0%
		% de Sexo	22,1%	24,2%	22,9%
		% del total	14,0%	8,9%	22,9%
Total		Recuento	113	66	179
		% de FMPC	63,1%	36,9%	100,0%
		% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	63,1%	36,9%	100,0%

Tabla 32. Tabla de contingencia ¿Cree Ud. que la masculinidad del varón se pierde en la etapa de la andropausia (climaterio masculino)? * Sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
¿Cree Ud. que la masculinidad del varón se pierde en la etapa de la andropausia (climaterio masculino)?	NS/NC	Recuento	6	33	39
		% de ¿Cree Ud. que la masculinidad del varón se pierde en la etapa de la andropausia (climaterio masculino)?	15,4%	84,6%	100,0%
		% de Sexo	5,3%	50,0%	21,8%
		% del total	3,4%	18,4%	21,8%
	No	Recuento	82	24	106
		% de ¿Cree Ud. que la masculinidad del varón se pierde en la etapa de la andropausia (climaterio masculino)?	77,4%	22,6%	100,0%
		% de Sexo	72,6%	36,4%	59,2%
		% del total	45,8%	13,4%	59,2%
	Sí	Recuento	25	9	34
		% de ¿Cree Ud. que la masculinidad del varón se pierde en la etapa de la andropausia (climaterio masculino)?	73,5%	26,5%	100,0%
		% de Sexo	22,1%	13,6%	19,0%
		% del total	14,0%	5,0%	19,0%
Total		Recuento	113	66	179
		% de ¿Cree Ud. que la masculinidad del varón se pierde en la etapa de la andropausia (climaterio masculino)?	63,1%	36,9%	100,0%
		% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	63,1%	36,9%	100,0%

Tabla 33. Tabla de contingencia ¿Considera Ud. que el deseo sexual disminuye en la etapa de la andropausia o climaterio (hombres y mujeres, resp.)? * Sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
¿Considera Ud. que el deseo sexual disminuye en la etapa de la andropausia o climaterio (hombres y mujeres, resp.)?	NS/NC	Recuento	5	35	40
		% de ¿Considera Ud. que el deseo sexual disminuye en la etapa de la andropausia o climaterio (hombres y mujeres, resp.)?	12,5%	87,5%	100,0%
		% de Sexo	4,4%	53,0%	22,3%
		% del total	2,8%	19,6%	22,3%
	No	Recuento	31	9	40
		% de ¿Considera Ud. que el deseo sexual disminuye en la etapa de la andropausia o climaterio (hombres y mujeres, resp.)?	77,5%	22,5%	100,0%
		% de Sexo	27,4%	13,6%	22,3%
		% del total	17,3%	5,0%	22,3%
	Sí	Recuento	77	22	99
		% de ¿Considera Ud. que el deseo sexual disminuye en la etapa de la andropausia o climaterio (hombres y mujeres, resp.)?	77,8%	22,2%	100,0%
		% de Sexo	68,1%	33,3%	55,3%
		% del total	43,0%	12,3%	55,3%
Total		Recuento	113	66	179
		% de ¿Considera Ud. que el deseo sexual disminuye en la etapa de la andropausia o climaterio (hombres y mujeres, resp.)?	63,1%	36,9%	100,0%
		% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	63,1%	36,9%	100,0%

Tabla 34. Tabla de contingencia ¿Considera Ud. que el deseo sexual disminuye en la etapa de la andropausia o climaterio (hombres y mujeres, resp.)? (DSDAC) * Sexo * Edad

Edad				Sexo		Total	
				Mujer	Varón		
NS/NC	¿Considera Ud. que el deseo sexual disminuye en la etapa de la andropausia o climaterio (hombres y mujeres, resp.)? (DSDAC)	Sí	Recuento				
					2		2
				% de DSDAC	100,0%		100,0%
				% de Sexo	100,0%		100,0%
				% del total	100,0%		100,0%
		Total		Recuento	2		2
		% de DSDAC			100,0%		100,0%
	% de Sexo			100,0%		100,0%	
	% del total			100,0%		100,0%	
40-43 años	DSDAC	NS/NC	Recuento	0	2	2	
				% de DSDAC	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	66,7%	11,8%	
			% del total	,0%	11,8%	11,8%	
		No	Recuento	7	0	7	
			% de DSDAC	100,0%	,0%	100,0%	
			% de Sexo	50,0%	,0%	41,2%	
			% del total	41,2%	,0%	41,2%	
		Sí	Recuento	7	1	8	
			% de DSDAC	87,5%	12,5%	100,0%	
			% de Sexo	50,0%	33,3%	47,1%	
			% del total	41,2%	5,9%	47,1%	
	Total		Recuento	14	3	17	
	% de DSDAC			82,4%	17,6%	100,0%	
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total			82,4%	17,6%	100,0%	
44-47 años	DSDAC	NS/NC	Recuento	1		1	
				% de DSDAC	100,0%		100,0%
			% de Sexo	7,7%		7,7%	
			% del total	7,7%		7,7%	
		No	Recuento	4		4	
			% de DSDAC	100,0%		100,0%	
			% de Sexo	30,8%		30,8%	
			% del total	30,8%		30,8%	
		Sí	Recuento	8		8	

			% de DSDAC	100,0%		100,0%
			% de Sexo	61,5%		61,5%
			% del total	61,5%		61,5%
	Total		Recuento	13		13
	% de DSDAC			100,0%		100,0%
	% de Sexo			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
48-51 años	DSDAC	NS/NC	Recuento	1	4	5
			% de DSDAC	20,0%	80,0%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	50,0%	17,9%
			% del total	3,6%	14,3%	17,9%
		No	Recuento	5	2	7
			% de DSDAC	71,4%	28,6%	100,0%
			% de Sexo	25,0%	25,0%	25,0%
			% del total	17,9%	7,1%	25,0%
		Sí	Recuento	14	2	16
			% de DSDAC	87,5%	12,5%	100,0%
			% de Sexo	70,0%	25,0%	57,1%
			% del total	50,0%	7,1%	57,1%
	Total		Recuento	20	8	28
	% de DSDAC			71,4%	28,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			71,4%	28,6%	100,0%
52-55 años	DSDAC	NS/NC	Recuento	2	1	3
			% de DSDAC	66,7%	33,3%	100,0%
			% de Sexo	5,9%	14,3%	7,3%
			% del total	4,9%	2,4%	7,3%
		No	Recuento	7	0	7
			% de DSDAC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	20,6%	,0%	17,1%
			% del total	17,1%	,0%	17,1%
		Sí	Recuento	25	6	31
			% de DSDAC	80,6%	19,4%	100,0%
			% de Sexo	73,5%	85,7%	75,6%
			% del total	61,0%	14,6%	75,6%
	Total		Recuento	34	7	41
	% de DSDAC			82,9%	17,1%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			82,9%	17,1%	100,0%
56-60 años	DSDAC	NS/NC	Recuento	0	4	4
			% de DSDAC	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	44,4%	13,3%
			% del total	,0%	13,3%	13,3%

		No	Recuento	6	0	6
			% de DSDAC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	28,6%	,0%	20,0%
			% del total	20,0%	,0%	20,0%
		Si	Recuento	15	5	20
			% de DSDAC	75,0%	25,0%	100,0%
			% de Sexo	71,4%	55,6%	66,7%
			% del total	50,0%	16,7%	66,7%
	Total		Recuento	21	9	30
	% de DSDAC			70,0%	30,0%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			70,0%	30,0%	100,0%
Más de 60 años	DSDAC	NS/NC	Recuento	1	24	25
			% de DSDAC	4,0%	96,0%	100,0%
			% de Sexo	11,1%	61,5%	52,1%
			% del total	2,1%	50,0%	52,1%
		No	Recuento	2	7	9
			% de DSDAC	22,2%	77,8%	100,0%
			% de Sexo	22,2%	17,9%	18,8%
			% del total	4,2%	14,6%	18,8%
		Si	Recuento	6	8	14
			% de DSDAC	42,9%	57,1%	100,0%
			% de Sexo	66,7%	20,5%	29,2%
			% del total	12,5%	16,7%	29,2%
	Total		Recuento	9	39	48
	% de DSDAC			18,8%	81,3%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			18,8%	81,3%	100,0%

Tabla 35. Tabla de contingencia ¿Considera Ud. que el deseo sexual disminuye en la etapa de la andropausia o climaterio (hombres y mujeres, resp.)? (DSDAC) * Sexo * Nivel educativo alcanzado

Nivel educativo alcanzado				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	¿Considera Ud. que el deseo sexual disminuye en la etapa de la andropausia o climaterio (hombres y mujeres, resp.)? (DSDAC)	Si	Recuento	1		1
			% de DSDAC	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
	Total		Recuento	1		1
	% de DSDAC			100,0%		100,0%
	% de Sexo			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
Sin estudios	DSDAC	NS/NC	Recuento		1	1
			% de DSDAC		100,0%	100,0%
			% de Sexo		50,0%	50,0%
			% del total		50,0%	50,0%
		No	Recuento		1	1
			% de DSDAC		100,0%	100,0%
			% de Sexo		50,0%	50,0%
			% del total		50,0%	50,0%
	Total		Recuento		2	2
			% de DSDAC		100,0%	100,0%
			% de Sexo		100,0%	100,0%
			% del total		100,0%	100,0%
Primario incompleto	DSDAC	NS/NC	Recuento	1	5	6
			% de DSDAC	16,7%	83,3%	100,0%
			% de Sexo	8,3%	62,5%	30,0%
			% del total	5,0%	25,0%	30,0%
		No	Recuento	5	2	7
			% de DSDAC	71,4%	28,6%	100,0%
			% de Sexo	41,7%	25,0%	35,0%
			% del total	25,0%	10,0%	35,0%
		Si	Recuento	6	1	7
			% de DSDAC	85,7%	14,3%	100,0%
			% de Sexo	50,0%	12,5%	35,0%
			% del total	30,0%	5,0%	35,0%
	Total		Recuento	12	8	20
	% de DSDAC			60,0%	40,0%	100,0%
	% de Sexo		100,0%	100,0%		100,0%

	% del total	60,0%	40,0%	100,0%		
Primario completo	DSDAC	NS/NC	Recuento	0	9	9
			% de DSDAC	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	64,3%	33,3%
			% del total	,0%	33,3%	33,3%
		No	Recuento	2	1	3
			% de DSDAC	66,7%	33,3%	100,0%
			% de Sexo	15,4%	7,1%	11,1%
			% del total	7,4%	3,7%	11,1%
		Si	Recuento	11	4	15
			% de DSDAC	73,3%	26,7%	100,0%
			% de Sexo	84,6%	28,6%	55,6%
			% del total	40,7%	14,8%	55,6%
	Total		Recuento	13	14	27
	% de DSDAC			48,1%	51,9%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			48,1%	51,9%	100,0%
Secundario incompleto	DSDAC	NS/NC	Recuento	1	8	9
			% de DSDAC	11,1%	88,9%	100,0%
			% de Sexo	4,5%	38,1%	20,9%
			% del total	2,3%	18,6%	20,9%
		No	Recuento	4	2	6
			% de DSDAC	66,7%	33,3%	100,0%
			% de Sexo	18,2%	9,5%	14,0%
			% del total	9,3%	4,7%	14,0%
		Si	Recuento	17	11	28
			% de DSDAC	60,7%	39,3%	100,0%
			% de Sexo	77,3%	52,4%	65,1%
			% del total	39,5%	25,6%	65,1%
	Total		Recuento	22	21	43
	% de DSDAC			51,2%	48,8%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			51,2%	48,8%	100,0%
Secundario completo	DSDAC	NS/NC	Recuento	2	7	9
			% de DSDAC	22,2%	77,8%	100,0%
			% de Sexo	5,6%	77,8%	20,0%
			% del total	4,4%	15,6%	20,0%
		No	Recuento	13	1	14
			% de DSDAC	92,9%	7,1%	100,0%
			% de Sexo	36,1%	11,1%	31,1%
			% del total	28,9%	2,2%	31,1%
		Si	Recuento	21	1	22
			% de DSDAC	95,5%	4,5%	100,0%
			% de Sexo	58,3%	11,1%	48,9%
			% del total	46,7%	2,2%	48,9%
	Total		Recuento	36	9	45
	% de DSDAC			80,0%	20,0%	100,0%

	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			80,0%	20,0%	100,0%
Terciario/universitario incompleto	DSDAC	NS/NC	Recuento	1	4	5
			% de DSDAC	20,0%	80,0%	100,0%
			% de Sexo	5,3%	50,0%	18,5%
			% del total	3,7%	14,8%	18,5%
		No	Recuento	6	1	7
			% de DSDAC	85,7%	14,3%	100,0%
			% de Sexo	31,6%	12,5%	25,9%
			% del total	22,2%	3,7%	25,9%
		Si	Recuento	12	3	15
			% de DSDAC	80,0%	20,0%	100,0%
			% de Sexo	63,2%	37,5%	55,6%
			% del total	44,4%	11,1%	55,6%
	Total		Recuento	19	8	27
	% de DSDAC			70,4%	29,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			70,4%	29,6%	100,0%
Terciario/universitario completo	DSDAC	NS/NC	Recuento	0	1	1
			% de DSDAC	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	25,0%	7,1%
			% del total	,0%	7,1%	7,1%
		No	Recuento	1	1	2
			% de DSDAC	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	10,0%	25,0%	14,3%
			% del total	7,1%	7,1%	14,3%
		Si	Recuento	9	2	11
			% de DSDAC	81,8%	18,2%	100,0%
			% de Sexo	90,0%	50,0%	78,6%
			% del total	64,3%	14,3%	78,6%
	Total		Recuento	10	4	14
	% de DSDAC			71,4%	28,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			71,4%	28,6%	100,0%

Tabla 36. Tabla de contingencia ¿Cree Ud. que la etapa de la andropausia o climaterio representa ventajas (hombres y mujeres, resp.)? - ¿CUÁLES? (ACRVC) * Sexo * Edad

Edad				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	¿Cree Ud. que la etapa de la andropausia o climaterio representa ventajas (hombres y mujeres, resp.)? - ¿CUÁLES? (ACRVC)	No representa ventajas	Recuento	2		2
			% de ACRVC	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
	Total		Recuento	2		2
			% de ACRVC	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
40-43 años	ACRVC	NS/NC	Recuento	0	2	2
			% de ACRVC	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	66,7%	11,8%
			% del total	,0%	11,8%	11,8%
		No representa ventajas	Recuento	9	0	9
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	64,3%	,0%	52,9%
			% del total	52,9%	,0%	52,9%
		Sí - No menstruación	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	7,1%	,0%	5,9%
			% del total	5,9%	,0%	5,9%
		Sí - No embarazo	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	7,1%	,0%	5,9%
			% del total	5,9%	,0%	5,9%
		Sí - Libertad en la sexualidad + No embarazo	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	7,1%	,0%	5,9%
			% del total	5,9%	,0%	5,9%
		Sí - Jubilarse	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	7,1%	,0%	5,9%
			% del total	5,9%	,0%	5,9%
		Sí - No estar pendiente del ciclo	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	7,1%	,0%	5,9%
			% del total	5,9%	,0%	5,9%

		Sí - Se valoran otras posibilidades	Recuento	0	1	1
			% de ACRVC	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	33,3%	5,9%
			% del total	,0%	5,9%	5,9%
	Total		Recuento	14	3	17
			% de ACRVC	82,4%	17,6%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	82,4%	17,6%	100,0%
44-47 años	ACRVC	NS/NC	Recuento	3		3
			% de ACRVC	100,0%		100,0%
			% de Sexo	23,1%		23,1%
			% del total	23,1%		23,1%
		No representa ventajas	Recuento	9		9
			% de ACRVC	100,0%		100,0%
			% de Sexo	69,2%		69,2%
			% del total	69,2%		69,2%
		Sí - No menstruación	Recuento	1		1
			% de ACRVC	100,0%		100,0%
			% de Sexo	7,7%		7,7%
			% del total	7,7%		7,7%
	Total		Recuento	13		13
			% de ACRVC	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
48-51 años	ACRVC	NS/NC	Recuento	2	4	6
			% de ACRVC	33,3%	66,7%	100,0%
			% de Sexo	10,0%	50,0%	21,4%
			% del total	7,1%	14,3%	21,4%
		No representa ventajas	Recuento	12	3	15
			% de ACRVC	80,0%	20,0%	100,0%
			% de Sexo	60,0%	37,5%	53,6%
			% del total	42,9%	10,7%	53,6%
		Sí - No menstruación	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	,0%	3,6%
			% del total	3,6%	,0%	3,6%
		Sí - No embarazo	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	,0%	3,6%
			% del total	3,6%	,0%	3,6%
		Sí - Libertad en la sexualidad + No embarazo	Recuento	2	0	2
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	10,0%	,0%	7,1%
			% del total	7,1%	,0%	7,1%
		Sí - No embarazo + no tomar pastillas anticonceptivas	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	,0%	3,6%
			% del total	3,6%	,0%	3,6%

		Sí - No tener hijos	Recuento	0	1	1
			% de ACRVC	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	12,5%	3,6%
			% del total	,0%	3,6%	3,6%
		Sí - mejor calidad en la sexualidad	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	,0%	3,6%
			% del total	3,6%	,0%	3,6%
	Total		Recuento	20	8	28
			% de ACRVC	71,4%	28,6%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	71,4%	28,6%	100,0%
52-55 años	ACRVC	NS/NC	Recuento	2	1	3
			% de ACRVC	66,7%	33,3%	100,0%
			% de Sexo	5,9%	14,3%	7,3%
			% del total	4,9%	2,4%	7,3%
		No representa ventajas	Recuento	19	6	25
			% de ACRVC	76,0%	24,0%	100,0%
			% de Sexo	55,9%	85,7%	61,0%
			% del total	46,3%	14,6%	61,0%
		Sí - No menstruación	Recuento	2	0	2
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	5,9%	,0%	4,9%
			% del total	4,9%	,0%	4,9%
		Sí - No embarazo	Recuento	5	0	5
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	14,7%	,0%	12,2%
			% del total	12,2%	,0%	12,2%
		Sí - Jubilarse	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	2,9%	,0%	2,4%
			% del total	2,4%	,0%	2,4%
		Sí - Libertad en la sexualidad + No embarazo + No menstruac	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	2,9%	,0%	2,4%
			% del total	2,4%	,0%	2,4%
		Sí - No estar pendiente del ciclo	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	2,9%	,0%	2,4%
			% del total	2,4%	,0%	2,4%
		Sí - Nueva etapa (positiva)	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	2,9%	,0%	2,4%
			% del total	2,4%	,0%	2,4%

		Sí - No trabajar tanto + disfrutar del descanso	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	2,9%	,0%	2,4%
			% del total	2,4%	,0%	2,4%
		Sí - No embarazo + mejor calidad en la sexualidad	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	2,9%	,0%	2,4%
			% del total	2,4%	,0%	2,4%
	Total		Recuento	34	7	41
			% de ACRVC	82,9%	17,1%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	82,9%	17,1%	100,0%
56-60 años	ACRVC	NS/NC	Recuento	3	3	6
			% de ACRVC	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	14,3%	33,3%	20,0%
			% del total	10,0%	10,0%	20,0%
		No representa ventajas	Recuento	11	5	16
			% de ACRVC	68,8%	31,3%	100,0%
			% de Sexo	52,4%	55,6%	53,3%
			% del total	36,7%	16,7%	53,3%
		Sí - No menstruación	Recuento	3	0	3
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	14,3%	,0%	10,0%
			% del total	10,0%	,0%	10,0%
		Sí - No embarazo	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	4,8%	,0%	3,3%
			% del total	3,3%	,0%	3,3%
		Sí - Libertad en la sexualidad + No embarazo	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	4,8%	,0%	3,3%
			% del total	3,3%	,0%	3,3%
		Sí - Más libertad	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	4,8%	,0%	3,3%
			% del total	3,3%	,0%	3,3%
		Sí - Alivio	Recuento	1	1	2
			% de ACRVC	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	4,8%	11,1%	6,7%
			% del total	3,3%	3,3%	6,7%
	Total		Recuento	21	9	30
	% de ACRVC			70,0%	30,0%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			70,0%	30,0%	100,0%
Más de 60 años	ACRVC	NS/NC	Recuento	1	25	26
			% de ACRVC	3,8%	96,2%	100,0%
			% de Sexo	11,1%	64,1%	54,2%

			% del total	2,1%	52,1%	54,2%
		No representa ventajas	Recuento	4	13	17
			% de ACRVC	23,5%	76,5%	100,0%
			% de Sexo	44,4%	33,3%	35,4%
			% del total	8,3%	27,1%	35,4%
		Sí - No embarazo	Recuento	1	1	2
			% de ACRVC	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	11,1%	2,6%	4,2%
			% del total	2,1%	2,1%	4,2%
		Sí - No menstruación + No embarazo	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	11,1%	,0%	2,1%
			% del total	2,1%	,0%	2,1%
		Sí - Quietud + No mantener relaciones sexuales	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	11,1%	,0%	2,1%
			% del total	2,1%	,0%	2,1%
		Sí - No mantener relaciones sexuales	Recuento	1	0	1
			% de ACRVC	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	11,1%	,0%	2,1%
			% del total	2,1%	,0%	2,1%
			Recuento	9	39	48
	Total		% de ACRVC	18,8%	81,3%	100,0%
			% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	18,8%	81,3%	100,0%

Tabla 37. Tabla de contingencia ¿Cree Ud. que en la etapa de la andropausia o climaterio se pueden hacer proyectos de vida (hombres y mujeres, resp.)? (ACPV) * Sexo * Edad

Edad				Sexo		Total	
				Mujer	Varón		
NS/NC	¿Cree Ud. que en la etapa de la andropausia o climaterio se pueden hacer proyectos de vida (hombres y mujeres, resp.)? (ACPV)	Sí	Recuento	2		2	
			% de ACPV	100,0%		100,0%	
				% de Sexo	100,0%		100,0%
				% del total	100,0%		100,0%
	Total		Recuento	2		2	
	% de ACPV			100,0%		100,0%	
	% de Sexo			100,0%		100,0%	
	% del total			100,0%		100,0%	
40-43 años	ACPV	NS/NC	Recuento	1	2	3	
			% de ACPV	33,3%	66,7%	100,0%	
			% de Sexo	7,1%	66,7%	17,6%	
			% del total	5,9%	11,8%	17,6%	
		No	Recuento	3	0	3	
			% de ACPV	100,0%	,0%	100,0%	
			% de Sexo	21,4%	,0%	17,6%	
			% del total	17,6%	,0%	17,6%	
		Sí	Recuento	10	1	11	
			% de ACPV	90,9%	9,1%	100,0%	
			% de Sexo	71,4%	33,3%	64,7%	
			% del total	58,8%	5,9%	64,7%	
	Total		Recuento	14	3	17	
	% de ACPV			82,4%	17,6%	100,0%	
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total			82,4%	17,6%	100,0%	
44-47 años	ACPV	NS/NC	Recuento	1		1	
			% de ACPV	100,0%		100,0%	
			% de Sexo	7,7%		7,7%	
			% del total	7,7%		7,7%	
		No	Recuento	1		1	
			% de ACPV	100,0%		100,0%	
			% de Sexo	7,7%		7,7%	
			% del total	7,7%		7,7%	
		Sí	Recuento	11		11	
			% de ACPV	100,0%		100,0%	
			% de Sexo	84,6%		84,6%	
			% del total	84,6%		84,6%	
	Total		Recuento	13		13	
	% de ACPV			100,0%		100,0%	
	% de Sexo			100,0%		100,0%	

	% del total			100,0%		100,0%
48-51 años	ACPV	NS/NC	Recuento	1	4	5
			% de ACPV	20,0%	80,0%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	50,0%	17,9%
			% del total	3,6%	14,3%	17,9%
		No	Recuento	4	2	6
			% de ACPV	66,7%	33,3%	100,0%
			% de Sexo	20,0%	25,0%	21,4%
			% del total	14,3%	7,1%	21,4%
		Sí	Recuento	15	2	17
			% de ACPV	88,2%	11,8%	100,0%
			% de Sexo	75,0%	25,0%	60,7%
			% del total	53,6%	7,1%	60,7%
	Total		Recuento	20	8	28
	% de ACPV			71,4%	28,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			71,4%	28,6%	100,0%
52-55 años	ACPV	NS/NC	Recuento	1	1	2
			% de ACPV	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	2,9%	14,3%	4,9%
			% del total	2,4%	2,4%	4,9%
		No	Recuento	6	2	8
			% de ACPV	75,0%	25,0%	100,0%
			% de Sexo	17,6%	28,6%	19,5%
			% del total	14,6%	4,9%	19,5%
		Sí	Recuento	27	4	31
			% de ACPV	87,1%	12,9%	100,0%
			% de Sexo	79,4%	57,1%	75,6%
			% del total	65,9%	9,8%	75,6%
	Total		Recuento	34	7	41
	% de ACPV			82,9%	17,1%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			82,9%	17,1%	100,0%
56-60 años	ACPV	NS/NC	Recuento	1	3	4
			% de ACPV	25,0%	75,0%	100,0%
			% de Sexo	4,8%	33,3%	13,3%
			% del total	3,3%	10,0%	13,3%
		No	Recuento	4	1	5
			% de ACPV	80,0%	20,0%	100,0%
			% de Sexo	19,0%	11,1%	16,7%
			% del total	13,3%	3,3%	16,7%
		Sí	Recuento	16	5	21
			% de ACPV	76,2%	23,8%	100,0%
			% de Sexo	76,2%	55,6%	70,0%
			% del total	53,3%	16,7%	70,0%
	Total		Recuento	21	9	30
	% de ACPV			70,0%	30,0%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			70,0%	30,0%	100,0%

Más de 60 años	ACPV	NS/NC	Recuento	1	22	23
			% de ACPV	4,3%	95,7%	100,0%
			% de Sexo	11,1%	56,4%	47,9%
			% del total	2,1%	45,8%	47,9%
		No	Recuento	3	2	5
			% de ACPV	60,0%	40,0%	100,0%
			% de Sexo	33,3%	5,1%	10,4%
			% del total	6,3%	4,2%	10,4%
		Sí	Recuento	5	15	20
			% de ACPV	25,0%	75,0%	100,0%
			% de Sexo	55,6%	38,5%	41,7%
			% del total	10,4%	31,3%	41,7%
	Total		Recuento	9	39	48
	% de ACPV			18,8%	81,3%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			18,8%	81,3%	100,0%

**Tabla 38. Tabla de contingencia ¿Ha sentido sensación de piel genital más seca, menor fuerza eyaculatoria y/o erección más tardía?(hombres)/¿Ha sentido sequedad vaginal, sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales, malestar y/o dolor en las relaciones sexuales?(muj.) (SENGEN)
* Sexo * Edad**

Edad				Sexo		Total	
				Mujer	Varón		
NS/NC	¿Ha sentido sensación de piel genital más seca, menor fuerza eyaculatoria y/o erección más tardía?(hombres)/ ¿Ha sentido sequedad vaginal, sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales, malestar y/o dolor en las relaciones sexuales?(muj.) (SENGEN)	NS/NC	Recuento	1		1	
			% de SENGEN				
					100,0%		100,0%
				% de Sexo	50,0%		50,0%
				% del total	50,0%		50,0%
			Sí	Recuento	1		1
				% de SENGEN	100,0%		100,0%
				% de Sexo	50,0%		50,0%
				% del total	50,0%		50,0%
		Total		Recuento	2		2
	% de SENGEN			100,0%		100,0%	
	% de Sexo			100,0%		100,0%	
	% del total			100,0%		100,0%	
40-43 años	SENGEN	NS/NC	Recuento	1	0	1	
			% de SENGEN	100,0%	,0%	100,0%	
			% de Sexo	7,1%	,0%	5,9%	
			% del total	5,9%	,0%	5,9%	
		No	Recuento	7	1	8	
			% de SENGEN	87,5%	12,5%	100,0%	
			% de Sexo	50,0%	33,3%	47,1%	
			% del total	41,2%	5,9%	47,1%	
		Sí	Recuento	6	2	8	
			% de SENGEN	75,0%	25,0%	100,0%	
			% de Sexo	42,9%	66,7%	47,1%	
			% del total	35,3%	11,8%	47,1%	
	Total		Recuento	14	3	17	
	% de SENGEN			82,4%	17,6%	100,0%	
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total			82,4%	17,6%	100,0%	
44-47 años	SENGEN	NS/NC	Recuento	1		1	
			% de SENGEN	100,0%		100,0%	
			% de Sexo	7,7%		7,7%	
			% del total	7,7%		7,7%	

		No	Recuento	10		10
			% de SENGEN	100,0%		100,0%
			% de Sexo	76,9%		76,9%
			% del total	76,9%		76,9%
		Sí	Recuento	2		2
			% de SENGEN	100,0%		100,0%
			% de Sexo	15,4%		15,4%
			% del total	15,4%		15,4%
	Total		Recuento	13		13
	% de SENGEN			100,0%		100,0%
	% de Sexo			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
48-51 años	SENGEN	NS/NC	Recuento	2	3	5
			% de SENGEN	40,0%	60,0%	100,0%
			% de Sexo	10,0%	37,5%	17,9%
			% del total	7,1%	10,7%	17,9%
		No	Recuento	1	3	4
			% de SENGEN	25,0%	75,0%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	37,5%	14,3%
			% del total	3,6%	10,7%	14,3%
		Sí	Recuento	17	2	19
			% de SENGEN	89,5%	10,5%	100,0%
			% de Sexo	85,0%	25,0%	67,9%
			% del total	60,7%	7,1%	67,9%
	Total		Recuento	20	8	28
	% de SENGEN			71,4%	28,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			71,4%	28,6%	100,0%
52-55 años	SENGEN	NS/NC	Recuento	0	1	1
			% de SENGEN	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	14,3%	2,4%
			% del total	,0%	2,4%	2,4%
		No	Recuento	8	2	10
			% de SENGEN	80,0%	20,0%	100,0%
			% de Sexo	23,5%	28,6%	24,4%
			% del total	19,5%	4,9%	24,4%
		Sí	Recuento	26	4	30
			% de SENGEN	86,7%	13,3%	100,0%
			% de Sexo	76,5%	57,1%	73,2%
			% del total	63,4%	9,8%	73,2%
	Total		Recuento	34	7	41
	% de SENGEN			82,9%	17,1%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			82,9%	17,1%	100,0%
56-60 años	SENGEN	NS/NC	Recuento	0	2	2
			% de SENGEN	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	22,2%	6,7%
			% del total	,0%	6,7%	6,7%
		No	Recuento	10	2	12
			% de SENGEN	83,3%	16,7%	100,0%

			% de Sexo	47,6%	22,2%	40,0%
			% del total	33,3%	6,7%	40,0%
		Sí	Recuento	11	5	16
			% de SENGEN	68,8%	31,3%	100,0%
			% de Sexo	52,4%	55,6%	53,3%
			% del total	36,7%	16,7%	53,3%
	Total		Recuento	21	9	30
	% de SENGEN			70,0%	30,0%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			70,0%	30,0%	100,0%
Más de 60 años	SENGEN	NS/NC	Recuento	0	18	18
			% de SENGEN	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	46,2%	37,5%
			% del total	,0%	37,5%	37,5%
		No	Recuento	2	2	4
			% de SENGEN	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	22,2%	5,1%	8,3%
			% del total	4,2%	4,2%	8,3%
		Sí	Recuento	7	19	26
			% de SENGEN	26,9%	73,1%	100,0%
			% de Sexo	77,8%	48,7%	54,2%
			% del total	14,6%	39,6%	54,2%
	Total		Recuento	9	39	48
	% de SENGEN			18,8%	81,3%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			18,8%	81,3%	100,0%

Tabla 39. Tabla de contingencia ¿Tuvo alguna vez en su vida relaciones sexuales? * Sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
¿Tuvo alguna vez en su vida relaciones sexuales?	NS/NC	Recuento	1	13	14
		% de ¿Tuvo alguna vez en su vida relaciones sexuales?	7,1%	92,9%	100,0%
		% de Sexo	,9%	19,7%	7,8%
		% del total	,6%	7,3%	7,8%
	No	Recuento	1	3	4
		% de ¿Tuvo alguna vez en su vida relaciones sexuales?	25,0%	75,0%	100,0%
		% de Sexo	,9%	4,5%	2,2%
		% del total	,6%	1,7%	2,2%
	Sí	Recuento	111	50	161
		% de ¿Tuvo alguna vez en su vida relaciones sexuales?	68,9%	31,1%	100,0%
		% de Sexo	98,2%	75,8%	89,9%
		% del total	62,0%	27,9%	89,9%
Total		Recuento	113	66	179
	% de ¿Tuvo alguna vez en su vida relaciones sexuales?		63,1%	36,9%	100,0%
	% de Sexo		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		63,1%	36,9%	100,0%

Tabla 40. Tabla de contingencia ¿Mantiene actualmente relaciones sexuales? (MARS) * Sexo * Edad

Edad				Sexo		Total
				Mujer	Varón	
NS/NC	¿Mantiene actualmente relaciones sexuales? (MARS)	Sí	Recuento	2		2
			% de MARS	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
	Total		Recuento	2		2
	% de MARS			100,0%		100,0%
	% de Sexo			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
40-43 años	MARS	NS/NC	Recuento	1	0	1
			% de MARS	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	7,1%	,0%	5,9%
			% del total	5,9%	,0%	5,9%
		No	Recuento	0	1	1
			% de MARS	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	33,3%	5,9%
			% del total	,0%	5,9%	5,9%
		Sí	Recuento	13	2	15
			% de MARS	86,7%	13,3%	100,0%
			% de Sexo	92,9%	66,7%	88,2%
			% del total	76,5%	11,8%	88,2%
	Total		Recuento	14	3	17
	% de MARS			82,4%	17,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			82,4%	17,6%	100,0%
44-47 años	MARS	Sí	Recuento	13		13
			% de MARS	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
	Total		Recuento	13		13
	% de MARS			100,0%		100,0%
	% de Sexo			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
48-51 años	MARS	NS/NC	Recuento	0	2	2
			% de MARS	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	25,0%	7,1%
			% del total	,0%	7,1%	7,1%
		No	Recuento	8	1	9
			% de MARS	88,9%	11,1%	100,0%
			% de Sexo	40,0%	12,5%	32,1%
			% del total	28,6%	3,6%	32,1%
		Sí	Recuento	12	5	17
			% de MARS	70,6%	29,4%	100,0%
			% de Sexo	60,0%	62,5%	60,7%
			% del total	42,9%	17,9%	60,7%

	Total		Recuento	20	8	28
	% de MARS			71,4%	28,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			71,4%	28,6%	100,0%
52-55 años	MARS	NS/ NC	Recuento	2	1	3
			% de MARS	66,7%	33,3%	100,0%
			% de Sexo	5,9%	14,3%	7,3%
			% del total	4,9%	2,4%	7,3%
		No	Recuento	9	0	9
			% de MARS	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	26,5%	,0%	22,0%
			% del total	22,0%	,0%	22,0%
		Sí	Recuento	23	6	29
			% de MARS	79,3%	20,7%	100,0%
			% de Sexo	67,6%	85,7%	70,7%
			% del total	56,1%	14,6%	70,7%
	Total		Recuento	34	7	41
	% de MARS			82,9%	17,1%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			82,9%	17,1%	100,0%
56-60 años	MARS	NS/ NC	Recuento	0	1	1
			% de MARS	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	11,1%	3,3%
			% del total	,0%	3,3%	3,3%
		No	Recuento	11	0	11
			% de MARS	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	52,4%	,0%	36,7%
			% del total	36,7%	,0%	36,7%
		Sí	Recuento	10	8	18
			% de MARS	55,6%	44,4%	100,0%
			% de Sexo	47,6%	88,9%	60,0%
			% del total	33,3%	26,7%	60,0%
	Total		Recuento	21	9	30
	% de MARS			70,0%	30,0%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			70,0%	30,0%	100,0%
Más de 60 años	MARS	NS/ NC	Recuento	1	9	10
			% de MARS	10,0%	90,0%	100,0%
			% de Sexo	11,1%	23,1%	20,8%
			% del total	2,1%	18,8%	20,8%
		No	Recuento	6	11	17
			% de MARS	35,3%	64,7%	100,0%
			% de Sexo	66,7%	28,2%	35,4%
			% del total	12,5%	22,9%	35,4%
		Sí	Recuento	2	19	21
			% de MARS	9,5%	90,5%	100,0%
			% de Sexo	22,2%	48,7%	43,8%

		% del total	4,2%	39,6%	43,8%
	Total	Recuento	9	39	48
	% de MARS		18,8%	81,3%	100,0%
	% de Sexo		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		18,8%	81,3%	100,0%

Tabla 41. Tabla de contingencia ¿Ha utilizado o utiliza viagra (sildenafil) u otros para mantener su erección? (hombres)/¿Ha utilizado o utiliza lubricante vaginal u otro método para la sequedad vaginal? (mujeres) (UVVLM)* Sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
¿Ha utilizado o utiliza viagra (sildenafil) u otros para mantener su erección? (hombres)/¿Ha utilizado o utiliza lubricante vaginal u otro método para la sequedad vaginal? (mujeres) (UVVLM)	NS/NC	Recuento	4	12	16
		% de UVVLM	25,0%	75,0%	100,0%
		% de Sexo	3,5%	18,2%	8,9%
		% del total	2,2%	6,7%	8,9%
	No	Recuento	68	33	101
		% de UVVLM	67,3%	32,7%	100,0%
		% de Sexo	60,2%	50,0%	56,4%
		% del total	38,0%	18,4%	56,4%
	Sí	Recuento	41	21	62
		% de UVVLM	66,1%	33,9%	100,0%
		% de Sexo	36,3%	31,8%	34,6%
		% del total	22,9%	11,7%	34,6%
Total		Recuento	113	66	179
		% de UVVLM	63,1%	36,9%	100,0%
		% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	63,1%	36,9%	100,0%

**Tabla 42. Tabla de contingencia En el caso de haber utilizado (P.24) ¿Se lo prescribió su médico/a? *
Sexo**

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
En el caso de haber utilizado (P.24) ¿Se lo prescribió su médico/a?	NS/NC	Recuento	5	12	17
		% de En el caso de haber utilizado (P.24) ¿Se lo prescribió su médico/a?	29,4%	70,6%	100,0%
		% de Sexo	4,4%	18,2%	9,5%
		% del total	2,8%	6,7%	9,5%
	No	Recuento	7	10	17
		% de En el caso de haber utilizado (P.24) ¿Se lo prescribió su médico/a?	41,2%	58,8%	100,0%
		% de Sexo	6,2%	15,2%	9,5%
		% del total	3,9%	5,6%	9,5%
	Sí	Recuento	33	11	44
		% de En el caso de haber utilizado (P.24) ¿Se lo prescribió su médico/a?	75,0%	25,0%	100,0%
		% de Sexo	29,2%	16,7%	24,6%
		% del total	18,4%	6,1%	24,6%
	No utiliza	Recuento	68	33	101
		% de En el caso de haber utilizado (P.24) ¿Se lo prescribió su médico/a?	67,3%	32,7%	100,0%
		% de Sexo	60,2%	50,0%	56,4%
		% del total	38,0%	18,4%	56,4%
Total		Recuento	113	66	179
		% de En el caso de haber utilizado (P.24) ¿Se lo prescribió su médico/a?	63,1%	36,9%	100,0%
		% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	63,1%	36,9%	100,0%

Tabla 43. Tabla de contingencia En el caso de haber utilizado (P.24) ¿Se lo prescribió su médico/a? (UPRMED) * Sexo * Edad

Edad				Sexo		Total
NS/NC	En el caso de haber utilizado (P.24) ¿Se lo prescribió su médico/a? (UPRMED)	NS/NC	Recuento	Mujer	Varón	
				1		1
			% de UPRMED	100,0%		100,0%
			% de Sexo	50,0%		50,0%
			% del total	50,0%		50,0%
		Sí	Recuento	1		1
			% de UPRMED	100,0%		100,0%
			% de Sexo	50,0%		50,0%
			% del total	50,0%		50,0%
	Total		Recuento	2		2
			% de UPRMED	100,0%		100,0%
			% de Sexo	100,0%		100,0%
			% del total	100,0%		100,0%
40-43 años	UPRMED	No	Recuento	1	1	2
			% de UPRMED	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	7,1%	33,3%	11,8%
			% del total	5,9%	5,9%	11,8%
		Sí	Recuento	2	0	2
			% de UPRMED	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	14,3%	,0%	11,8%
			% del total	11,8%	,0%	11,8%
		No utiliza	Recuento	11	2	13
			% de UPRMED	84,6%	15,4%	100,0%
			% de Sexo	78,6%	66,7%	76,5%
			% del total	64,7%	11,8%	76,5%
	Total		Recuento	14	3	17
	% de UPRMED			82,4%	17,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			82,4%	17,6%	100,0%
44-47 años	UPRMED	No	Recuento	1		1
			% de UPRMED	100,0%		100,0%
			% de Sexo	7,7%		7,7%
			% del total	7,7%		7,7%
		No utiliza	Recuento	12		12
			% de UPRMED	100,0%		100,0%
			% de Sexo	92,3%		92,3%
			% del total	92,3%		92,3%
	Total		Recuento	13		13

	% de UPRMED			100,0%		100,0%
	% de Sexo			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
48-51 años	UPRMED	NS/NC	Recuento	1	1	2
			% de UPRMED	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	5,0%	12,5%	7,1%
			% del total	3,6%	3,6%	7,1%
		No	Recuento	0	3	3
			% de UPRMED	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	37,5%	10,7%
			% del total	,0%	10,7%	10,7%
		Sí	Recuento	5	1	6
			% de UPRMED	83,3%	16,7%	100,0%
			% de Sexo	25,0%	12,5%	21,4%
			% del total	17,9%	3,6%	21,4%
		No utiliza	Recuento	14	3	17
			% de UPRMED	82,4%	17,6%	100,0%
			% de Sexo	70,0%	37,5%	60,7%
			% del total	50,0%	10,7%	60,7%
	Total		Recuento	20	8	28
	% de UPRMED			71,4%	28,6%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			71,4%	28,6%	100,0%
52-55 años	UPRMED	NS/NC	Recuento	0	1	1
			% de UPRMED	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	14,3%	2,4%
			% del total	,0%	2,4%	2,4%
		No	Recuento	2	2	4
			% de UPRMED	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	5,9%	28,6%	9,8%
			% del total	4,9%	4,9%	9,8%
		Sí	Recuento	17	2	19
			% de UPRMED	89,5%	10,5%	100,0%
			% de Sexo	50,0%	28,6%	46,3%
			% del total	41,5%	4,9%	46,3%
		No utiliza	Recuento	15	2	17
			% de UPRMED	88,2%	11,8%	100,0%
			% de Sexo	44,1%	28,6%	41,5%
			% del total	36,6%	4,9%	41,5%
	Total		Recuento	34	7	41
	% de UPRMED			82,9%	17,1%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			82,9%	17,1%	100,0%
56-60 años	UPRMED	NS/NC	Recuento	1	1	2
			% de UPRMED	50,0%	50,0%	100,0%
			% de Sexo	4,8%	11,1%	6,7%
			% del total	3,3%	3,3%	6,7%
		No	Recuento	3	2	5
			% de UPRMED	60,0%	40,0%	100,0%
			% de Sexo	14,3%	22,2%	16,7%

			% del total	10,0%	6,7%	16,7%
		Sí	Recuento	7	0	7
			% de UPRMED	100,0%	,0%	100,0%
			% de Sexo	33,3%	,0%	23,3%
			% del total	23,3%	,0%	23,3%
		No utiliza	Recuento	10	6	16
			% de UPRMED	62,5%	37,5%	100,0%
			% de Sexo	47,6%	66,7%	53,3%
			% del total	33,3%	20,0%	53,3%
	Total		Recuento	21	9	30
	% de UPRMED			70,0%	30,0%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			70,0%	30,0%	100,0%
Más de 60 años	UPRMED	NS/NC	Recuento	2	9	11
			% de UPRMED	18,2%	81,8%	100,0%
			% de Sexo	22,2%	23,1%	22,9%
			% del total	4,2%	18,8%	22,9%
		No	Recuento	0	2	2
			% de UPRMED	,0%	100,0%	100,0%
			% de Sexo	,0%	5,1%	4,2%
			% del total	,0%	4,2%	4,2%
		Sí	Recuento	1	8	9
			% de UPRMED	11,1%	88,9%	100,0%
			% de Sexo	11,1%	20,5%	18,8%
			% del total	2,1%	16,7%	18,8%
		No utiliza	Recuento	6	20	26
			% de UPRMED	23,1%	76,9%	100,0%
			% de Sexo	66,7%	51,3%	54,2%
			% del total	12,5%	41,7%	54,2%
	Total		Recuento	9	39	48
	% de UPRMED			18,8%	81,3%	100,0%
	% de Sexo			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			18,8%	81,3%	100,0%

9. 3. Entrevista en profundidad semi estructurada realizada a profesionales de la salud

EJES –FOCOS DE INTERÉS:

1. EL SIGNIFICADO QUE TIENE PARA LOS CONSULTANTES LA ETAPA DEL CLIMATERIO.

2. LAS MANIFESTACIONES BIOSICOSOCIALES (DEL CLIMATERIO) QUE PRESENTAN LOS CONSULTANTES EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO.

3. LA CONSTRUCCIÓN DE LOS PROYECTOS DE VIDA DE LOS CONSULTANTES EN LA ETAPA DE CLIMATERIO.

Entrevista Nro. 1**Dra. Yolanda Bertazzo. Médica Ginecóloga. Pcia de San Luis.**

1 ¿Qué manifestaciones biosicosociales presentan los consultantes en la etapa del climaterio?

2 ¿Qué acontecimientos personales, familiares y sociales coinciden con la etapa del climaterio de los consultantes?

3 ¿Construyen los consultantes proyectos de vida en esa etapa evolutiva?

Primero te aclaro que solo atiendo a mujeres, obvio por mi profesión. Tiene varias respuestas: podría decir que las mujeres mas simples (con menor conocimiento, que muchas veces coincide con menor ingreso económico) no tienen mucha conciencia de este período y no consultan directamente por esta causa, generalmente llegan a la consulta por insomnio, dolores articulares a veces por sofocos, pero no lo relacionan con el climaterio. Estas mujeres no tienen mayores problemas, continúan su vida con los pequeños o grandes proyectos sin que esta etapa les modifique su accionar, generalmente no se plantean problemas con su genitalidad, salvo que aparezca sequedad vaginal manifiesta. Las mujeres que han adquirido mayor información consultan por este período de su vida y requieren tratamiento y son muy insistentes en su interrogatorio. La mayoría viene exigiendo la densitometría. Hablan de osteoporosis, insomnio, etc. En ellas aparece la angustia de la culminación de su vida sexual, también la perdida de la capacidad de procreación es algo que las deprime, muchas piensan que se termina la vida, que pierden la capacidad de elaborar nuevos proyectos, en definitiva que les queda poco tiempo. Si bien otras, al perder la capacidad reproductiva sienten un gran alivio, y también disfrutan de la desaparición de la menstruación (en la mayoría son aquellas que han tenido muchos dolores menstruales, o que sus períodos eran muy abundantes o que les duraba muchos días), disfrutan plenamente de sus relaciones sexuales, muchas se separan y comienzan nuevas relaciones. También están las que aceptan el paso del tiempo, lo toman como un período normal y continúan sus proyectos, emprenden nuevos y consideran que todavía les queda mucho tiempo por vivir, comienzan gimnasia, hacen dieta, comienzan a estudiar o continúan perfeccionándose, etc. Algunas aceptan su abuelazgo muy complacidas y llenan su tiempo cuidando otras no lo quieren ni reconocer y se hacen cirugías estéticas para evitar el paso del tiempo. Algo que las desequilibra son las muertes (especialmente de la pareja), esto implica en muchas la imposibilidad "a su edad" de comenzar una nueva relación, el duelo dura mucho tiempo (en

relaciones mas o menos buenas) en las conflictivas o que fueron tortuosas hay alivio. Otra problemáticas se vive generalmente con angustia es la partida de los hijos del hogar, ya sea por estudio, casamiento o formación de pareja o emigración a otras provincias o países "lo del nido vacío" ¿vivo?

Te cuento una experiencia que se realiza en la Universidad Nacional de San Luis. Se ha abierto la inscripción para realizar cursos para la gente de la tercera edad; teniendo solo el primario completo pueden ingresar. Tienen varios cursos de duración anual o semestral, están contenidos por psicólogos. Pueden acceder a cursos de ingles, tango (teórico-práctico) cultivo de plantas aromáticas, jardinerías, etc. Se que tienen muchos inscriptos. Si te interesa se puedo averiguar más, pues mi cuñada es una de las alumnas.

Entrevista Nro. 2

Dr. Elisardo Dávila. Localidad de Hernando. Pcia. de Córdoba.

M.O.B. ¿Cuál es el significado que tienen para tus consultantes pacientes la etapa del climaterio?

Dr. E. D.: El significado que plantean es el de comenzar una nueva epata de su vida estando de la mejor manera posible, manteniéndose útiles desde el lugar que les toque vivir. Esto varía según el/la consultante, íntimamente ligado a su nivel sociocultural.

M.O.B. ¿Cuáles son las manifestaciones biosicosociales que presentan tus consultantes en la etapa del climaterio?

Dr. E. D.: La mayoría de las pacientes consultan para control de su metabolismo óseo y control hormonal y en la parte afectiva la preocupación de los vacíos que empiezan a aparecer (independencia de los hijos, fallecimiento de padres, etc.)

M.O.B. ¿Cuáles son los acontecimientos personales, familiares y sociales que coinciden con la etapa del climaterio de tus consultantes?

Dr. E. D.: creo que algo dije en la pregunta anterior, lo que plantean es los vacíos que comienzan a aparecer en la casa, salida de los hijos en busca de su proyecto de vida, fallecimientos de seres queridos, jubilaciones, etc.

M.O.B. ¿Construyen proyectos de vida tus consultantes en la etapa del climaterio?

Dr. E. D.: si, la mayoría siguen participando activamente en ONG entidades de bien público, asociaciones benéficas y emprendimientos personales, algunas aprovechan su tiempo libre para viajar y conocer, como así también talleres de arte, pintura etc. Espero que lo que conteste sea lo que necesites. Quedo a tu disposición para lo que pueda ayudarte.

Entrevista Nro. 3

Dr. José Sottano. Dr. en ginecología. Ciudad de Córdoba.

M.O.B. Buenas tardes.

Dr. S. Buenas tardes.

M.O.B. Deseaba preguntarle ¿qué significado tiene para los consultantes la etapa del climaterio?

Dr. S. Bueno, en realidad voy a hablar básicamente de las mujeres.

M.O.B Ah!

Dr. S.: En algunas mujeres marca un a etapa, es algo complicado, es muy diferente de lo que vivían antes, y en otras mujeres no es tan marcado el paso de la etapa reproductiva a la etapa climatérica. Yo estoy convencido que tiene que ver la psicología previa que trae la mujer... por así decirlo. Es decir, a mi me llama la atención que hay mujeres que entran en climaterio y se les hace difícil: hay muchos cambios, en el carácter, en el deseo sexual, de los clásicos calores, les duele los huesos, les duele la cabeza y en otras mujeres se torna más suave el cambio de etapa., es un simple cambio de etapa, las manejan bien y no les complican demasiado la vida, mientras que hay otras que sí. Supongo, porque a todas (las mujeres) el climaterio desde el punto de vista médico les sucede y es igual para todas: la falla de la función ovárica, los estrógenos que están por el piso, y una serie de signos climatéricos que se producen en todas. Pero lo que me llama la atención porque en algunas mujeres es tan marcado tan sintomático. y en otras no. A pesar, que todas tienen el mismo nivel de estrógenos bajos. El mismo nivel biológico. Yo creo que tiene que ver el nivel psicológico de la mujer, porque es llamativo. Es una etapa muy complicada para algunas y para otras las maneja mucho mejor. Algunas se necesitan darles mucha medicación y otras que no.

M.O.B.: ¿Las personas que consultan además de traer todo lo biológico te hacen comentarios sobre los acontecimientos personales, familiares y sociales que coinciden con esta etapa?

Dr. S.: Eh... Algunas si, otras no. Es decir, la paciente que tiene una menopausia más florida necesita contar para saber qué le pasa. Ahí empieza a comentar que tiene problemas con el marido no tiene ganas de mantener relaciones con el marido. No tiene ganas porque empieza a pensar que con la menopausia no puede. O está tan irritable que no se banca a los hijos, ni se banca los problemas que antes pasaba con más tranquilidad, los

pasaba con tranquilidad ahora se les hace más complicado. O por ahí, se ponen en evidencia problemas que estaban antes, y por la irritabilidad porque es más marcado se hace muy irritable, Hay problemas depresivos muy importantes que aparecen en la menopausia. La mujer no está preparada para seguir bancándose esos problemas.

M.O.B: Piensa por su experiencia, que esta depresión que aparece está relacionado con el cese de la función reproductiva o con la presión psicológica social?

Dr. S.: Las dos cosas. Esta demostrado que las mujeres que las mujeres tienen cambios psicológicos importantes en la menopausia, está demostrado también que la administración de estrógenos mejoran. Los estrógenos tienen una influencia importante a nivel psicológico y cerebral. También es cierto que independientemente de esta base biológica, como te digo, que por más que a estas mujeres le administres estrógenos siguen con depresión importantes y necesitan apoyo psicológico. Muchas porque asumen que menopausia y vejez es lo mismo; y hoy una mujer menopáusica empieza a los cincuenta años y el alargamiento del tiempo de la vida de la mujer hace que tengan una vida útil hasta los setenta u ochenta. O sea que tiene muchos años para transcurrir. Antes menopausia y vejez era más o menos lo mismo. Una mujer de cincuenta años hasta hace unos años era una mujer vieja. Hoy ya no. Entonces, muchas lo asumen como tal que no pueden hacer nada, que dejan de menstruar. Por ahí, no tanto por que pierden lo reproductivo. Sino, porque es un indicio que entran en la vejez, siendo que no es así. Digamos, dejan de menstruar. Nada más. Nadie diría, que una mujer de cincuenta años es vieja.

M.O.B: ¿Alguna mujer expresa que se siente contenta, que tiene ventajas por estar en su menopausia?

Dr. S.: Si, si hay mujeres que se ponen muy bien porque dejan de menstruar. Hay mujeres que expresan que suerte que dejé de menstruar, no me tengo que andar cuidando en vacaciones, por el tema de la sexualidad también, hay mujeres que tienen contraindicados métodos anticonceptivos, el tema de la menopausia les viene bárbaro no se tienen que andar preocupando por los métodos anticonceptivos. Pero te diría que no son las más, son las menos. Pero sí, las hay.

M.O.B.: ¿Las consultantes cuentan los proyectos de vida en esta etapa?

Dr. S.: No puntualmente. Las mujeres que más la comentan, son aquellas que la viven más tranquilamente la menopausia. Aquella mujer que está menopáusica, que está contenta porque dejó de menstruar puede tener relaciones más libremente, quizás elabora proyectos en relación con eso, o porque tiene hijos grandes, quizás puede irse de vacaciones

con su marido. Pero, no sé si en relación a la menopausia, sino en relación a la edad de los hijos que se han ido de su casa, que ella en cuanto a lo reproductivo está tranquila porque no menstrúa más, pero no sólo por eso.

M.O.B: Claro, ¿Lo toma como una etapa evolutiva más?

Dr. S.: Exactamente. Lo ve como positivo. Pero esa mujer era positiva de antes. Entonces, ve lo positivo que es dejar de menstruar, y no se tiene que cuidar. No siente el calor, o no le da importancia. En el balance le sale positivo. Mientras que a la mayoría, o gran parte, le sale negativo. O no lo ve, está tapado por toda la cosa negativa. Es un tema complicado para algunas mujeres. Muy complicado.

M.O.B: Con respecto a los varones, que experiencia tiene en esta etapa?

Dr. S.: Con respecto a los varones, los signos de andropausia los tienen más tardíamente que las mujeres. Yo te digo la verdad no tengo experiencia respecto a eso.

M.O.B: Le agradezco mucho tu atención.

Dr. S. Es la experiencia de acá (hace referencia al consultorio).

Entrevista Nro. 4

Dr. Enrique Ricardo Volleweider. Médico Ginecólogo. Río IV. Pcia. de Cba.

M.O.B. ¿Cuál es el significado que tienen para tus consultantes pacientes la etapa del climaterio?

Dr. E. V: La etapa del climaterio en general es bien aceptada y lo toman como algo que es normal y los años la preparan para ello. Es una parte más de la vida. No reniegan de su nueva condición y en general es bien aceptada.

M.O.B. ¿Cuáles son las manifestaciones biosicosociales que presentan tus consultantes en la etapa del climaterio?

Dr. E. V: Te contestaría que biológicamente no les molesta la retirada de sus menstruaciones, al contrario es como que tienen un problema menos. Lo que realmente padecen (no todas) son los calores. Ese síntoma junto con la pérdida del deseo sexual y sequedad vaginal es lo que le quita calidad de vida. Algunas refieren inestabilidad emocional. Todo esto es manejable desde lo médico. Creo que ahí también te respondo parte de lo que me preguntas.

M.O.B. ¿Cuáles son los acontecimientos personales, familiares y sociales que coinciden con la etapa del climaterio de tus consultantes?

Dr. E. V. La familia les cambia con la llegada de los nietos, lo cual las motoriza en otros aspectos y les da pilas para nuevas cosas, entre ellas a superar el síndrome del nido vacío.

M.O.B.: ¿Construyen proyectos de vida tus consultantes en la etapa del climaterio?

Dr. E. V: Entre los proyectos de vida algunas planifican viajar, disfrutar de su jubilación y falta de tener que cumplir horarios y obligaciones profesionales. Dedicarse más tiempo a sí mismas, y otras tareas que nada que ver con lo que hacían. De todo creo que lo que más la motiva es la llegada de los nietos, lo cual les da nuevas energía. Espero te haya sido de utilidad. Gracias.

Entrevista Nro. 5

Lic. en Obstetricia Ana Reino. Localidad El Alto. Pcia de Catamarca.

La mayoría de mis pacientes no saben que existe el climaterio ni la menopausia, o por lo menos no saben su significado ,lo que si saben, es que por naturaleza se les tiene que suspender la menstruación(ellas se refieren a la menopausia como "se me suspendió" o "se me corto") , como sabrás trabajo en una zona rural muy desfavorable, además el nivel de instrucción es muy bajo, algunas no saben leer ni escribir, y, hasta viven en condiciones infrahumanas, tienen las necesidades básicas insatisfechas, la mayoría es indigente, o sea, están por debajo de la línea de la pobreza, así que pasan esa etapa sin ningún tipo de tratamiento ni suplementación vitamínica y hormonal de ningún tipo, tampoco saben cuales son los síntomas que acompañan a la suspensión del periodo, por lo que muchas se enteran de esto cuando vienen a verme porque sienten calores, incontinencia urinaria, dolores óseos, de cabeza, etc. por que las capto para hacerles el Papanicolaou y les explico sobre el tema ,y cuando las empiezo a indagar también tienen cambios anímicos, como mal humor, o depresión, pero ellas no saben que les pasa hasta que no van a la consulta, que en realidad son muy pocas las que lo hacen, todo esto es consecuencia de que para ellas es algo natural que se les va transmitiendo de generación en generación y lo toman como algo "que les tiene que pasar". También hay que tener en cuenta que son mujeres que, además de ser madres múltiples, son muy pobres, que trabajan en fincas cosechando papa, tabaco o lo que sea para la época de cosecha, o fumigando, les pagan por día y lo hacen desde muy chicas inclusive llevan a sus hijos por no tener con quien dejarlos y así estos niños empiezan también a aprender a hacer el trabajo desde muy chicos(los llevan desde bebés) ,les pagan por día, así es que la mayor parte de su vida no tienen ni tiempo para visitar al médico, por

lo que tampoco estudian y desde muy corta edad(13 años aproximadamente)quedan embarazadas, tienen que trabajan para comer y alimentar a sus hijos, sus vidas se basan en eso ,y se va naturalizando, por lo que en realidad un 80 % pasa su climaterio y menopausia sin enterarse de todo lo que acarrea, y aunque no lo creas son mujeres muy fuertes, curtidas por el trabajo y por la vida, sacando esa resiliencia de tener que estar bien hasta en los peores momentos, muchas son golpeadas por sus parejas, y hasta obligadas a tener relaciones sexuales hasta cuando no tienen ganas, por que crecen creyendo en esto del debito conyugal, que “es su obligación” como mujer satisfacer al hombre, algunas hasta son violadas por sus parejas. por todo esto te imaginaras que para ellas la menopausia no tiene significado alguno, no tienen tiempo para hacerse problema por esto ante tanto sufrimiento o no, por que es la única realidad que conocen y creen que lo que les toca vivir esta bien, es una sociedad machista y patriarcal. Como sabrás la barrera mas difícil es la cultural.

Alguna vez yo te conté que muchas veces me pregunte si esta vida que les toco vivir a estas mujeres las hizo mas fuertes, si existe algún mecanismo de defensa por el cual ellas no tienen ataques de pánico(que esta tan de moda), o pasan por situaciones ,como partos de riesgo en los cuales una mujer en la ciudad y con el mejor nivel de complejidad se hubiera muerto, a ellas en el medio del campo no les pasa nada, a mi nadie me lo contó, yo lo vivo todos los días y nunca dejo de sorprenderme la fuerza que tienen estas mujeres, no solo física, si no psíquica, y no saben de psicólogos ni de médicos especialistas ni nada, para el que cree en dios ,diría que es dios el artífice de estos pequeños o grandes milagros, y para el que no ,tendría que hacer alguna muy buena investigación para comprobarlo científicamente ,yo muchas veces en situaciones extremas en donde la paciente se me moría por hemorragia apele a rogarle a dios que me ayude, sin ser católica ferviente o practicante ni muy creyente, pero créeme en esos momentos invoco a los santos y a la virgen , no se que explicación darle pero esto que te cuento forma parte de una realidad que muy pocos conocen, o no quieren conocer.

No quiero aburrirte, podría escribirte hojas y hojas, pero ojala que mi aporte te sirva de algo, yo creo que la menopausia también pasa, como decirlo, no quiero ofender a nadie, yo solo te doy mi humilde opinión desde mis vivencias, pasa por una cuestión también comercial, de laboratorios o profesionales, no soy experta en el tema y no quiero entrar en un terreno que en realidad no me compete, yo soy solo una partera que trabaja en el campo, no dudo tampoco en que todos los tratamientos que existen para la menopausia sirvan de algo, pero yo si te puedo asegurar que se puede pasar la menopausia solamente teniendo a

alguien que te escuche cuando te sentís deprimida o mal y que te explique que lo que te pasa es natural del ciclo de la vida, ojala yo pudiera darles a todas mis pacientes vitamina D, calcio, estrógenos y demás, pero a pesar de que no tengo nada de eso para darles ellas sobreviven sin nada de esto, y hasta algunas tienen 80,90 y hasta 100 años.

Bueno, cualquier cosa que necesites avísame.

Entrevista Nro. 6

Dr. Aldo Carignano. Médico cirujano. Localidad de El Tío. Pcia. de Cba.

M.O.B. ¿Cuál es el significado que tienen para tus consultantes pacientes la etapa del climaterio?

Dr. A. C.: Temor a perder el deseo sexual. Sentirse y permanecer atractiva. Temor a un desequilibrio psicológico. Temor a embarazos no deseados. Comienza una resistencia a los métodos anticonceptivos.

M.O.B.: ¿Cuáles son las manifestaciones biosicosociales que presentan sus consultantes en la etapa del climaterio?

Dr. A. C.: Manifestaciones biológicas: llamaradas de calor, pérdida de orina, prolapso vaginal, sobre todo en las multíparas, sequedad vaginal.

Manifestaciones psicológicas: ansiedad, irritabilidad, insomnio, pérdida de la memoria. Trastornos asociados en muchas oportunidades con obesidad, hipotiroidismo, várices, alcoholismo, y en especial cirugías ginecológicas, cuando su médico de cabecera no da una suficiente explicación.

M.O.B. ¿Cuáles son los acontecimientos personales, familiares y sociales que coinciden con la etapa del climaterio de sus consultantes?

Dr. A. C.: manifestaciones sociales: edad en donde muchas pacientes están divorciadas o en viudez, o rodeadas de nietos.

M.O.B. ¿Construyen proyectos de vida sus consultantes en la etapa del climaterio?

Dr. A. C.: Por lo general, no construyen proyectos de vida, entran en la negatividad, en la depresión, en la rutina, y se preocupan por las situaciones diarias. Es frecuente la pérdida de la autoestima.

Sugiero siempre como prevención los chequeos ginecológicos, mamográficos y generales, con la adecuada medicación tanto en lo hormonal como en lo general. Asimismo

tener una vida sana, hablar con amigos, frecuentar grupos de autoayuda, leer, ejercitar técnicas para aumentar la autoestima.

Entrevista Nro. 7

Dr. Eduardo Saurina. Urólogo. Sexólogo. Ciudad de Córdoba.

M.O.B: Buenas tardes Dr.

Dr. S.: Buenas tardes.

M.O.B:¿Cuál es el significado que tiene para los consultantes la etapa del climaterio?

Dr. S. Fundamentalmente el climaterio masculino, andropausia, es el conjunto de cambios en la esferas físicas, psíquicas e intelectual que ocurren el adulto mayor, como consecuencia de las alteraciones hormonales.

Los varones expresan temores a envejecer, a declinar en sus funciones sexuales.

M.O.B: ¿Cuáles son las manifestaciones biosicosociales del climaterio que presentan los consultantes en la etapa del climaterio?

Dr. S.: Toda persona a partir de su nacimiento va produciendo un ligero envejecimiento o gasto biológico que será paulatino y progresivo, a mayor edad mayor envejecimiento biológico, en la cual todos los órganos por un mecanismo u otro van produciendo disminuciones de la función específica.

Los síntomas sexuales y genitales: disminución de la libido, piel genital más seca y menos congestiva, erección más tardía, menor secreción pre-eyaculatoria, menor emisión seminal, menor fuerza eyaculatoria, período refractario más prolongado, trastornos eyaculatorios, anorgasmias. En algunas personas hay síntomas genito-urinarios (urgencia miccional, incontinencia de orina, disuria inicial y matinal, disminución de la fuerza y calibre miccional, trastornos prostáticos).

Además, hay alteraciones generales: disminución de la resistencia ósea, trastornos e la masa muscular con disminución de la elasticidad, aumento de la grasa abdominal, preubica y la que rodean a las vísceras, siendo esto peligroso para la salud cardiovascular. Por el síndrome metabólico. También, hay pérdida del cabello y del vello corporal.

M.O.B:¿Qué otras manifestaciones u alteraciones ocurren?

Dr. E. S.: Hay trastornos en la atención, pensamientos y memoria. Alteraciones en el sueño, irritabilidad, trastornos visuales. Estrés laboral, evaluación de su producción personal.

M.O.B.: ¿Cuáles son los acontecimientos personales, familiares y sociales que coinciden con la etapa del climaterio de sus consultantes?

Dr. E. S.: A veces, hay problemas de relación de la pareja, expectativas poco razonables, disfunción en la pareja con la que se interacciona. A veces hay depresión y ansiedad. En algunos casos consultan por disfunciones. Hay ansiedad ante la interacción sexual, anticipación de fallo o fracaso. Sentimiento de culpabilidad. Falta de atracción entre los miembros de la pareja. Comunicación pobre entre los miembros de la pareja cuando hay disfunción.

Por otra parte, hay enfermedades que acentúan la andropausia. Ellas son trastornos vasculares, hipertensión arterial, diabetes, hipotiroidismo, obesidad, trastornos psicológicos, depresión, fobias, ansiedad.

M.O.B.: Cómo construyen los proyectos de vida los consultantes en la etapa del climaterio?

Dr. E. S.: Las personas hacen proyectos, teniendo en cuenta que es una etapa donde los hijos se alejan de la pareja, hay mayor tiempo de ocio, previene haciendo algunos una vida más saludable, dedicándose más a aquellas cosas que quedaron por hacer en otras épocas.

M.O.B: Muchas gracias por su atención.

Dr. E. S.: Cuente conmigo, por cualquier cosa que necesite.

Entrevista Nro. 8

Dr. Isaías Gasparotti. Sexólogo. Ciudad de Marco Juárez. Pcia. de Córdoba.

M.O.B.: ¿Qué significado tiene para sus consultantes (varones y mujeres) la etapa del climaterio?

Dr. I.G.: La llegada del climaterio (menopausia mediante) es vivida en forma diferente por varones y mujeres... la mujer un poco "signada por el destino" le ve como algo que irremediamente le iba a llegar y depende de su emocionalidad y "preparación" e información anterior la "sobrevive" con sentido de adaptación.

Para el varón, el climaterio se visualiza con sentido de catástrofe. Para colmo al varón su signo de virilidad (la erección) "se le nota"... y a la mujer no se le nota ...

Aquellos varones con un interesante índice de caracteres de androginia, con o sin ayuda, lo pasan mejor seguramente...

M.O.B.: ¿Qué manifestaciones biosicosociales presentan los consultantes en la etapa del climaterio?

Dr I.G.: Manifestaciones?... las biológicas son "evidenciables"... desde el punto de vista biopsicosocial... las mujeres tratadas integralmente "padecen" menos su climaterio... los varones, primero son reacios a aceptar que ellos también transitan su Climaterio y si consultan por ello... se siente re-bien, con una modificación de su visión de la vida.

M.O.B.: ¿Qué acontecimientos personales, familiares y sociales coinciden con la etapa del climaterio de los consultantes?

Dr. I.G.: Es clásico es relacionar el Climaterio con la ida de los hijos a estudiar... la muerte de los padres... la muerte (prematura) de algunos amigos y la dificultad de hacer "lo que antes" hacía sin dificultad"... (Es catastrófico compararse con uno mismo... hace por años!)

M.O.B.:¿Cómo construyen los consultantes los proyectos de vida en esa etapa evolutiva?

Dr. I.G.: El proyecto de vida, se empieza a escribir desde los 18 años... de él depende que espero yo de mi mismo y de mi entorno y que dosis de vulnerabilidad tolere y cuan resiliente sea.

El "envejecimiento saludable"... tema que me apasiona... es un hermoso proyecto de vida... eso si, es más fácil de lograr si antes se hizo inversión en Salud (y cuando hablo de salud, la leo en sus cuatro aspectos)... Te reitero mi oferta de ayuda.

Entrevista Nro. 9

Dra. Teresa Juárez. Endocrinóloga. Ciudad de Córdoba.

M.O.B.:¿Que significado tiene para los consultantes la etapa del climaterio?

Dra. T.J.: Y... a veces uno lo observa que están asustados. Que... Para ellos implica un deterioro, una pérdida. No saben que significa eso. Entonces yo me detengo a analizarlo en el contexto –por lo menos yo trabajo así— cómo funciona esto, que función cumple, y en que momento toma otra conducta el aparato endocrino-gonadal. Y que implica para el cuerpo.

M.O.B.: ¿Hay diferencia entre los varones y mujeres en las distintas manifestaciones?

Dra. T.J.: Los que me consultan a mí en general son mujeres. Pero... me parece que es lo mismo. Yo interpreto las palabras. El varón consulta al urólogo, pero a veces el urólogo lo deriva al endocrinólogo. ...Los deja en una inflexión no conveniente en el ambiente social, o en el ambiente con el otro.

M.O.B.: ¿Qué cambios biológicos se dan en ese período?

Dra. T.J.: Lo que más les preocupa es que empiezan a no dormir bien, y entonces empiezan a preocupar, se comienzan a sentir más irritados, y no saben si es porque han disminuido las horas de sueño. Les preocupa el cambio de humor, y no dormir bien.

No consultan específicamente por pérdida del deseo sexual, aunque después surge. Después se dan cuenta que—cuando lo analizamos—es una cosa más prolongada y que viene de mucho tiempo, de otra época.

Creo que el sueño, la irritabilidad es lo que más preocupa.

M.O.B.: -¿Hay alguna manifestación psicosocial por la que consultan?

Dra. T.J.: Las dos cosas que te conté la relacionan con lo social. Algunas se despiertan de noche. Algunas manifiestan el tema de calores, que tienen que sacar sus colchas y lo tienen que molestar al marido. El cambio de humor les ha alterado las relaciones con los demás. Algunas comentan que los hijos les dicen: ¡mamá mira cómo estás! ¡Estas hecha una loca! El marido también.

M.O.B.: ¿Los varones consultan por este tipo de manifestaciones (sofocos, mal humor, malestar etc.?)

Dra. T.J.: No los varones no consultan por estos síntomas. Los varones no consultan por sofocos, perdida de sueño.. En realidad, han perdido el interés. En realidad lo relacionan... es que el varón hay que evaluar si el varón está en climaterio. Si realmente hay una caída de testosterona y un aumento de TSH. Mucho antes de eso... Antes de...haya un correlato con lo hormonal, con lo gonadal... A veces en el hombre no se da... o se da a los setenta. Ellos hablan de una apatía del deseo. Si.

M.O.B.: ¿O sea que no en todos los varones se daría en la misma franja etaria, ni todos los varones tendrían baja de testosterona?

Dra. T.J.: No bueno, en realidad cuando yo los evalúo ellos hablan de la erección, o pérdida de la fuerza de la erección, surgen de la historia clínica que ellos tienen una situación psicosocial, que coincide con esto y que lo relacionan con la edad. Pero, en

realidad tiene que ver con otras cosas. Los varones lo relacionan con que están pasando una situación laboral, económica, y que en realidad están muy tensos y que no pueden expresarse. Que llegan a la casa y que no pueden, que tienen una pérdida de la erección fácil. Que tienen cambios del humor. Esta pérdida del humor les trae trastorno con los demás.

En mi caso no logro establecer con claridad...

Pero... que me acuerde, no tengo tanto hombres como mujeres: no hablan de calores ni de trastornos del sueño. Hablan de que todos tienen algún conflicto social, y hacen una correlación con la pérdida del deseo. Yo no podría contestar, en este consultorio, porque todos me piden dosajes hormonales, ninguno de ellos estaba en climaterio. Tenían cincuenta y pico... o más y no estaban en climaterio.

A todos ellos, la mutual les hace, les dice alguna observación que los intranquiliza y no hacen los estudios. Les preguntan ¿qué te está pasando? Estás...Alguna observación peyorativa, el médico auditor.

M.O.B: ¿Ud. les pide un análisis de rutina?

Dra. T.J.: Testosterona, LH,

Entonces, ellos consultan, vienen y dicen: algo me está pasando. Después no lo hacen porque el médico auditor les hizo una observación que no les gustó.

M.O.B: Que notable.

M.O.B.: ¿Cuáles son los proyectos de vida de los consultantes en el climaterio?

Dra. T.J.: No pregunto. No hago una evaluación directa. No puedo hacer una conclusión. En general, lo que observo están todas con el frente de la familia, de los hijos, muy exigidas con el trabajo. No tienen una relación del todo plácida respecto a la sexualidad. No tienen deseos de tener vida sexual. Se dan en esas circunstancias. Que yo no sé hasta que punto, no hay nada tan problemático en las tres cosas en el modo en que lo evalúa la mujer en ese momento. Probablemente sea que la frecuencia sexual no sea esa, y lo tenga que hablar, probablemente el conflicto con los hijos sea lo que hay que vivir, y probablemente a los cincuenta años, tener una responsabilidad laboral sea también. Suma esto que no pueden dormir bien, y comienzan a estar de mal humor. Convengamos que no es momento para estas dos cosas. Entonces...Diría que es lo que observo como una constante.

Después, preguntarme/ les si están frustradas, si necesitan otras expectativas, desean un cambio... es algo que no te lo puedo precisar.

M.O.B: Mientras que las mujeres no están tan preocupadas por la sexualidad, mientras que los varones es el motivo de su consulta...

Dra. T. J.: En las mujeres te diría: “esto es así”. Está bien, en la mujer está lo sexual, pero, no me preocupa si no tengo deseo semanalmente o mi ritmo. En el hombre es el motivo, los hace transpirar.

M.O.B: Mm

Dra. T.J: Claro, esto es un reflejo parasimpático, y se transforma en simpático. Es una cuestión cultural. Alguna vez leí un libro de los orientales que decía “que para vivir bien una pelvis parasimpática” tiene que haber una frecuencia mensual de sexualidad. No esta cosa de la exigencia. Te diría que yo observo esta exigencia del sistema vegetativo simpático: del deber ser; esa preocupación. La mujer es más parasimpática... dice: y bueno... A ella, no la cuestiona como mujer.

M.O.B: Se relaja más. Muchas gracias sinceramente.

Dra. T.J.: A vos.

Entrevista Nro. 10

Lic. en psicología Cristina Jacobo. Ciudad de Córdoba.

M.O.B. - ¿Cuál es el significado que tiene par sus consultantes la etapa del climaterio?

Lic. C. J.: Es un proceso de transición que ocurre a la finalización del período reproductivo que generalmente va asociado a cambios en el cuerpo, lo emocional y el entorno social.

M.O.B.: Cuales son las manifestaciones biosicosociales del climaterio que presentan los consultantes en esa etapa?

Lic. C. J.: Alteraciones en el período menstrual como consecuencia de una disminución de estrógenos y andrógenos en el varón. Sensaciones subjetivas de una diversidad de manifestaciones biológicas: calor, sudoración, fatiga, irritabilidad, etc. Cambios metabólicos, alteraciones cardiovasculares entre otras.

Cabe agregar que no todas las mujeres u hombres manifiestan necesariamente todos los síntomas asociados al climaterio.

Emocionalmente significa una crisis vital cuyo tránsito lo realiza cada ser humano según la estructura de personalidad que posee y la situación de vida que experimenta.

Socialmente está muy dependiente de la valoración cultural de la mujer (u hombre) madura/o y de las aptitudes y recursos que posee la persona para enfrentar la crisis.

M.O.B.: Cuales son los acontecimientos personales, familiares y sociales que coinciden con la etapa del climaterio de los consultantes?

Lic. C. J.: La persona en esta etapa alcanza la actualización máxima de sus potencialidades profesionales y personales. Etapa de sabiduría: se sabe dónde situarse en los diferentes ámbitos de la vida, se vuelve más selectiva, replanteo de los proyectos de vida y elaboración de duelos.

Cambia el rol familiar e independencia de los hijos y acompañamiento con respecto en sus proyectos de vida, acompañamiento de los padres ya mayores, experiencia si presenta de tener nietos, reencuentro desde otro lugar con la pareja o cambio de ella entre otras posibilidades (ej.: asumir no compartir con nadie la vida privada) Socialmente se disfruta de mayor libertad, autonomía de pensamiento y de valores afianzados.

M.O.B.: ¿Cuáles la construcción de los proyectos de vida de los consultantes en la etapa del climaterio?

Lic. C.J.: La realización de proyectos postergados, la apertura a experiencias nuevas, afianzamiento de redes afectivas, disfrute de lo logrado.

M.O.B: Gracias por tu colaboración.

Entrevista Nro. 11

Dr. Pablo Cortés. Psiquiatra del Hospital Neuropsiquiátrico y Consultorio particular.

M.O.B. ¿Cuál es el significado que tienen para tus consultantes pacientes la etapa del climaterio?

Dr. P.C.: Me ha hecho pensar bastante sobre este tema, con sorpresa me doy cuenta de que no es un tema muy frecuente de tratar entre mis consultantes, y me doy cuenta de lo complejo de nuestro trabajo por la cantidad de variables en juego, fisiológicas orgánicas, psicológicas, sociales, etc. etc. En general es un dato importante como antecedente personal fisiológico, como en cualquier historia clínica de cualquier médico/a, pero no es un dato que indague siempre y en todas las ocasiones, por lo heterogéneo de mis consultantes y que suelo trabajar mas frecuentemente con entrevistas de tipo abierta.

Hasta ahora he podido identificar cinco grupos de consultas respecto de este tema:

1- Emergencia psiquiátrica: valor como síntoma cuando esta referido en síndrome delirante, interpretaciones delirantes, percepciones delirantes, acompañando trastornos sensorceptivos o más frecuentemente evento fisiológico desencadenante de trastornos psicopatológicos como depresión, trastornos de ansiedad.

2- En el grupo de consultas por atención psiquiátrica general, el climaterio es un dato a tener en cuenta de valor como decía en la HC, la participación como desencadenante como decía en el punto 1 y un tema que surge referido a la sexualidad

3- En consultas de psicoterapia aparece como: temor al proceso de cambio hormonal que es el climaterio, temores de pérdida capacidades sexuales, angustia de no poder tener más hijos, en las mujeres que no han tenido hijos y de edad cercana a los cuarenta he notado sentimientos de culpa "no haber podido ser madre", disminución de autoestima y sentimientos de fracaso existencial con mucha angustia. en mujeres de edad cercana a los cincuenta temores y fantasías de anulación de su sexualidad consecuentemente a los cambios orgánicos como disminución de la libido, lubricación y turgencia de órganos genitales y algunos problemas ginecológicos del climaterio que requieren tratamiento. Algunas mujeres mayores de cincuenta manifiestan sentirse más plenas sexualmente y aliviadas de no tener que usar métodos anticonceptivos, otras disminución de su vida sexual, en todos los casos influye mucho las posibilidades de su pareja (pero este sería otro capítulo)

4- En biodanza, que es un sistema complementario enfocado en la salud es un aspecto que indago y variable a evaluar durante el proceso vivencial. En general como otros patrones orgánico-psicológicos observo una mejoría global importante respecto de la integración de la sexualidad a la vida cotidiana y la vida acorde con la edad, la "naturalización" de este proceso y un reforzamiento de las condiciones generales de salud con aumento de la tolerancia de los síntomas secundarios. en este grupo es donde observo mayores posibilidades de construcción de proyectos de vida satisfactorios, aumento del deseo y placer sexual.

5- Trabajé y co-fundé con la Dra. Sara Ochoa (ginecóloga) el comité de salud sexual y reproductiva del hospital neuropsiquiátrico, funcionó entre los años 2000 y 2004 perfil sanitario: promoción de salud, prevención, tratamiento y psicoeducación. Abordábamos el tema del climaterio sólo en función de promoción de salud, ya que trabajábamos con pacientes, mujeres y hombres, fundamentalmente la sexualidad, la prevención de

enfermedades de transmisión sexual, del cáncer de cuello de útero y mama y un fuerte trabajo sobre métodos anticonceptivos.

Disculpe si no me he centrado estrictamente en las preguntas, espero que le sirva el relato.

Afectuosamente, Pablo Cortés

Síntesis de respuestas de los informantes claves

Profesional entrevistado	Respuesta a la pregunta 1: ¿Qué significado que tiene para los consultantes la etapa del climaterio?
1. Médica Ginecóloga. San Luis. Dra. Yolanda Bertazzo	Las mujeres “más simples” (menor conocimiento – coincide con menor ingreso económico): no tienen mucha conciencia de este período. Las mujeres que han adquirido “mayor información”: consultan por este período de su vida y requieren tratamiento: insistentes en su interrogatorio
2. Médico Ginecólogo. Localidad de Hernando Dr. Elisardo Dávila	Comenzar una nueva etapa de su vida: estar de la mejor manera posible. Mantenerse útiles desde el lugar que les toca vivir. Esto está ligado a lo sociocultural.
3 Dr. en Ginecología. Dr. José Sottano Ciudad de Córdoba	En algunas mujeres, marca una etapa. En algunas es algo complicado. Es algo diferente de lo que vivían en otra época. Algunas asumen que menopausia y vejez es lo mismo. Con respecto a los varones no atienden en el consultorio. La etapa de andropausia se produce más tardíamente en los varones
4 Médico Ginecólogo. Río Cuarto Dr. Enrique Franco Wolleweider.	Bien aceptado. Normal. Es una parte más de la vida. No reniegan de su nueva condición.
5 Lic. en Obstetricia Catamarca Zona rural Ana Verónica Reino	La mayoría (con instrucción de nivel bajo: no saben leer, ni escribir, con necesidades básicas insatisfechas, la mayoría es indigente) no sabe que existe el climaterio, ni la menopausia. Se refieren a la etapa: “se me cortó, se me suspendió”.
6 Médico Generalista Localidad El Tío. Pcia. de Cba. Dr. Aldo Carignano	En varones y mujeres: temor a perder el deseo sexual; sentirse y permanecer atractiva/o; temor a un desequilibrio psicológico. En las mujeres temor a embarazos no deseados.
7 Sexólogo Ciudad de Córdoba Dr. Eduardo Saurina	Los varones expresan temor a envejecer: declinar en las funciones sexuales
8 Sexólogo Marcos Juárez. Pcia de Cba. Dr. Isaías Gasparotti.	Es vivida de manera diferente por varones y mujeres. La mujer “signada” por el destino la ve como algo que irremediablemente le va a llegar. Depende de su estado emocional y preparación para poder adaptarse. Los varones, lo viven con sentido de “catástrofe”. Al varón “se le nota” su signo de virilidad.
9 Endocrinóloga. Dra. Teresa Juárez Ciudad de Córdoba	Se observa que están asustados. Para ellos (los varones) implica un deterioro, una pérdida. Me detengo al trabajar y me pregunto qué significa en el contexto, cómo funciona y qué función cumple, en qué momento toma otra función el aparato endocrino gonadal. El varón consulta al urólogo, pero éste a veces, lo deriva al endocrinólogo.
10 Psicóloga. Cdad Córdoba. Lic. Cristina Jacobo	Proceso de transición. Finalización del período reproductivo Cambios en el cuerpo, en lo emocional, en el entorno social.
11 Médico Psiquiatra Ciudad de Córdoba Dr. Pablo Cortés	Momento de manifestación de depresiones, trastornos de ansiedad.
Profesional	Respuesta a la pregunta 2: ¿Cuáles son las manifestaciones biosociales que presentan la/os consultantes en el climaterio?

<p>1 Médica Ginecóloga. San Luis. Dra. Yolanda Bertazzo</p>	<p>No consultan directamente por esta causa. Llegan a consulta por: insomnio, dolores articulares, a veces sofocos. No se plantean problemas con su genitalidad, salvo que aparezca sequedad vaginal manifiesta. En las personas con mayor información: la mayoría “exige” densitometría. Hablan de osteoporosis, insomnio. Aparece la “angustia de la culminación de su vida sexual”. Las deprime la pérdida de la capacidad de procreación. Otras, al perder la capacidad reproductiva sienten alivio. Y disfrutan de la desaparición de la menstruación. Las que lo aceptan como el paso del tiempo, lo toman como un período normal. Algunas aceptan el rol de abuelas complacidas. Otras no quieren reconocer el paso del tiempo y se hacen cirugías estéticas para evitarlo. Desestabiliza la muerte de la pareja. Sensación subjetiva de imposibilidad de comenzar una nueva relación. Etapa de duelos. Partida de los hijos: estudio, casamiento, emigran a otras provincias o países.</p>
<p>2 Médico Ginecólogo. Localidad de Hernando Dr. Elisardo Dávila</p>	<p>Consultan para ver su metabolismo óseo, hormonal. En la parte afectiva: preocupación por los vacíos (independencia de los hijos, fallecimiento de los padres, etc.) Hay vacíos que aparecen: salida de los hijos, fallecimientos de seres queridos, jubilación, etc.</p>
<p>3 Dr. en Ginecología. Dr. José Sottano Ciudad de Córdoba</p>	<p>Tiene que ver con la psicología previa que trae la mujer. Hay mujeres que se les hace difícil: les duele la cabeza, los huesos. Otras es un simple cambio biológico: la manejan mejor. En algunas es marcado: sintomático. En otras no lo es. En algunas necesitan dar mucha medicación y otras no. Algunas cuentan, para saber qué le pasa: que tiene problemas con el marido. No tienen ganas de mantener relaciones con el marido. Están irritables. No aguantan a sus hijos. No se bancan los problemas que antes pasaba con tranquilidad. Problemas depresivos. La depresión aparece con el cese de la función reproductiva y con la presión social. Está demostrado que la administración de estrógenos mejoran y tienen influencia a nivel psicológico y cerebral. Pero si hay depresión, necesitan apoyo psicológico. Hay mujeres que están contentas por dejar de menstruar. Pueden tener relaciones más libremente. Hay mujeres que tienen contraindicados métodos anticonceptivos, entonces les viene muy bien.</p>
<p>4 Médico Ginecólogo. Río Cuarto Dr. Enrique Franco Wolleweider</p>	<p>Etapa de la llegada e los nietos. Las motoriza para nuevas cosas. Superan el síndrome del nido vacío. La familia les cambia con la partida de los hijos, y la llegada de los nietos.</p>
<p>5 Lic. en Obstetricia Catamarca Zona rural Ana Verónica Reino</p>	<p>La mayoría se entera en la consulta. Presentan incontinencia urinaria, calores, dolores óseos, de cabeza. Cambios anímicos: mal humor, depresión. Para ellas es “algo natural” que les tenga que pasar. Lo transmiten de generación en generación. Son personas muy pobres, madres múltiples. Desde corta edad trabajan, cuidan a sus niños. No tienen tiempo para visitar al médico. Trabajan para comer y alimentar a sus hijos. Su vida se basa en eso. Se naturaliza.</p>
<p>6 Médico Generalista El Tío. Pcia. de Cba. Dr. Aldo Carignano.</p>	<p>En las mujeres las manifestaciones biológicas: llamaradas de calor. Pérdida de orina, prolapso vaginal, sobre todo en las múltiparas, sequedad vaginal. Las manifestaciones psicológicas: ansiedad, irritabilidad, insomnio, pérdida de memoria. Otros trastornos como obesidad, hipotiroidismo, várices, alcoholismo y en especial cirugía ginecológicas. Es la edad donde están divorciadas, en viudez o rodeadas de nietos.</p>
<p>7 Sexólogo. Ciudad de Córdoba Dr. Eduardo Saurina</p>	<p>Ligero envejecimiento biológico, los órganos por un mecanismo van produciendo disminución de la función específica. Síntomas sexuales y genitales: disminución de la libido, piel genital</p>

	<p>más seca y menos congestiva, erección más tardía, menor secreción pre-eyaculatoria, menor emisión seminal, período refractario más prolongado, trastornos eyaculatorios, anorgasmias. En algunas personas hay síntomas genito-uritarios (urgencia miccional, incontinencia de orina, disminución de la fuerza y calibre miccional, trastornos prostáticos). Además, hay alternaciones generales: disminución de la resistencia ósea, trastornos de la masa muscular con disminución de la elasticidad, aumento de la grasa abdominal prepúbica. Pérdida del cabello y del vello corporal. Hay trastornos en la atención, pensamiento, memoria, Alteraciones en el sueño, irritabilidad, trastornos visuales.</p> <p>Hay enfermedades que acentúan la andropausia: trastornos vasculares, hipertensión arteria, diabetes, hipotiroidismo, obesidad, trastornos psicológico, depresión, fobias, ansiedad.</p> <p>A veces problemas de relación con la pareja, a veces hay depresión y ansiedad. Ansiedad ante la interacción sexual, anticipación de fallo o fracaso. Falta de atracción entre los miembros de la pareja.</p>
<p>8 Sexólogo Marcos Juárez. Pcia de Cba. Dr. Isaías Gasparotti.</p>	<p>Las manifestaciones biológicas son “evidenciables”. Las mujeres tratadas integralmente padecen menos su climaterio. Los varones que consultan se sienten con una modificación positiva de su visión de la vida. Ida de los hijos a estudiar. Muerte de los padres. Muerte prematura de amigos. Dificultad para hacer lo que se hacía antes sin dificultad.</p>
<p>9 Endocrinóloga. Dra. Teresa Juárez Ciudad de Córdoba</p>	<p>Preocupación por no dormir bien. Se sienten más irritados. No saben si es porque han disminuido las horas de sueño, que cambia el humor. No consultan por pérdida del deseo sexual el varón (aunque después surge). El sueño y la irritabilidad es lo que más preocupa. La relacionan con lo social.</p> <p>Las mujeres manifiestan el tema de los calores. El cambio de humor les ha alterado las relaciones con los demás. Intolerancia con los demás.</p> <p>Los varones hablan de una apatía del deseo. No consultan por sofocos, mal humor, malestar. No en todos los varones se da la baja de testosterona.</p> <p>Los varones hablan de la erección, o pérdida de la fuerza de la erección. Lo relacionan con la situación: laboral, económica. Llegan a la casa y se sienten irritables, tensos y que no pueden expresarse, tienen cambios de humor, les trae trastornos con los demás.</p> <p>Los varones hablan de un conflicto social, y lo correlacionan con la pérdida el deseo. Los varones expresan temor a envejecer: declinar en las funciones sexuales. En general todos (varones y mujeres) están con un frente de familia importante. Con los hijos y muy exigidos por el trabajo. Las mujeres no tienen una relación del todo plácida respecto a la sexualidad. No tienen deseos de tener vida sexual.</p>
<p>10 Psicóloga. Cdad. de Córdoba. Lic. Cristina Jacobo</p>	<p>Alteración del período menstrual en la mujer.</p> <p>Sensaciones subjetivas de una diversidad de manifestaciones biológicas: disminución de estrógenos en la mujer, disminución de andrógenos en el varón.</p> <p>Sudoración, calor, fatiga, irritabilidad. Cambios metabólicos, cardiovasculares.</p> <p><i>No todas las personas manifiestas necesariamente todos los síntomas asociados al climaterio.</i></p> <p>Emocionalmente significa una crisis vital. Cada ser humano lo transita según la estructura de personalidad que posee.</p> <p>Socialmente: vinculado a la valoración cultural de hombres y mujeres a la edad madura y de las aptitudes y recursos que poseen para enfrentar la crisis.</p> <p>Algunos varones, desconocen intelectualmente que exista el climaterio</p>

	<p>masculino.</p> <p>Etapas de actualización máxima de potencialidades profesionales y personales. Etapa de sabiduría: sabe dónde situarse en los diferentes ámbitos de la vida. Se torna selectiva/o y replantea proyectos de vida.</p> <p>Elaboración de duelos. Cambios de rol familiar.</p> <p>Independencia de hijos. Acompañamiento con respecto a proyectos de vida. Acompañamiento de padres mayores. Experiencia si presenta de tener nietos. Reencuentro con la pareja. Cambio de pareja. Asumir no compartir con nadie. Mayor libertad. Autonomía de pensamiento. Valores afianzados.</p>
11 Médico Psiquiatra Ciudad de Córdoba Dr. Pablo Cortés	<p>El climaterio tomado, referido a la sexualidad.</p> <p>Hay temores: proceso hormonal, capacidades sexuales, angustia de no tener más hijos, sentimientos de culpa aquella que no fue madre, disminución de autoestima, sentimiento de fracaso existencial con mucha angustia. Fantasía de anulación de la sexualidad.</p> <p>Otras hacen referencia a sentirse aliviadas de no usar métodos anticonceptivos. Depende si tienen pareja o no. En algunos casos hay disminución de la libido.</p>

Profesionales	¿Cómo construyen los proyectos de vida los consultantes (varones y las mujeres) en la etapa del climaterio?
1 Médica Ginecóloga. San Luis. Dra. Yolanda Bertazzo	<p>Continúan proyectos, emprenden nuevos: hacen dieta, gimnasia, empiezan a estudiar o continúan perfeccionándose.</p> <p>Continúan su vida con los pequeños o grandes proyectos sin que esta etapa les modifique su accionar.</p> <p>En las personas con mayor instrucción, hacen referencia a que pierden la capacidad de elaborar nuevos proyectos. "Les queda poco tiempo"</p> <p>En San Luis, la Universidad Nacional ha dado varios cursos con duración anual o semestral.</p>
2 Médico Ginecólogo. Localidad de Hernando Dr. Elisardo Dávila	<p>La mayoría participa de ONG., entidades de bien público, asociaciones benéficas y emprendimientos personales, talleres de arte, pintura, etc.</p>
3 Dr. en Ginecología. Dr. José Sottano Ciudad de Córdoba	<p>Las mujeres que viven la menopausia más tranquilas, se proyectan con una sexualidad más tranquila en cuanto a lo reproductivo, puede de ir de vacaciones sin preocuparse de su menstruación.</p>
4 Médico Ginecólogo. Río Cuarto Dr. Enrique Franco Wolleweider	<p>La familia les cambia con la partida de los hijos, y la llegada de los nietos. Para alguna viajar, disfrutar de su jubilación. Dejar de cumplir horarios y obligaciones profesionales. Dedicarse más tiempo a sí mismas y a otras tareas.</p>
5 Obstetra Catamarca Zona rural Lic. Ana Verónica Reino	<p>No hablan de los proyectos de vida, aunque viven hasta noventa o cien años.</p>
6 Médico Generalista El Tío. Pcia. de Cba. Dr. Aldo Carignano.	<p>Por lo general, no construyen proyectos de vida. Entran en la negatividad, en la depresión, en la rutina y se preocupan por las situaciones diarias.</p>
7 Sexólogo Ciudad de Córdoba Dr. Eduardo Saurina	<p>Etapas donde los hijos se alejan de la pareja. Hay mayor tiempo de ocio. Hacen una vida más saludable, dedicándose más a aquellas cosas que quedaron por hacer en otras épocas.</p>
8 Sexólogo Marcos Juárez. Pcia de Cba. Dr. Isaías Gasparotti.	<p>De él depende si será un "envejecimiento saludable".</p> <p>Depende de la dosis de vulnerabilidad que tolere y de lo resiliente que sea.</p>
9 Endocrinóloga. Dra. Teresa Juárez Ciudad de Córdoba	<p>Las mujeres están despreocupadas por su sexualidad. Mientras que los varones es el motivo de su consulta.</p> <p>Los veo muy exigidos a los varones.</p> <p>Es una cuestión cultural. Se estresa más por lo sexual el varón que la mujer.</p>

	A los varones, las mutuales les hace observaciones sobre los estudios solicitados (análisis de rutina). Terminan por no hacérselos. Las mutuales los discriminan.
10 Psicóloga. Cdad. de Córdoba. Lic. Cristina Jacobo	Etapa donde los hijos se alejan de la pareja. Hay mayor tiempo de ocio. Hacen una vida más saludable, dedicándose más a aquellas cosas que quedaron por hacer en otras épocas. Hacen proyectos.
11 Médico Psiquiatra Ciudad de Córdoba Dr. Pablo Cortés	En las mujeres, influye la maternidad. Si pudo ser o no. Si hubo decisión de serlo. En algunas personas, hay construcción de proyectos de vida satisfactorios.

Sin pretensiones de ser sistemático ni exhaustivo, por la complejidad del análisis cualitativo, se mencionan algunas coincidencias y divergencias entre las entrevistas en profundidad semiestructuradas realizadas a profesionales de la salud, cuyos ejes (focos de interés) fueron los que a continuación se detallan:

En la pregunta 1, **¿Qué significado que tiene para los consultantes la etapa del climaterio?** hay coincidencias y se pueden sintetizar:

- Las mujeres con bajo nivel educativo alcanzado tienen conciencia de la etapa del climaterio.
- Las mujeres que tienen mejor nivel educativo alcanzado se informan y consultan exigiendo tratamiento para esa etapa.
- En las mujeres el nivel sociocultural influye en la vivencia y tratamiento del climaterio.
- Algunas mujeres sienten el climaterio como una nueva etapa y tratan de vivirla lo mejor posible.
- Algunas mujeres se deprimen por perder su capacidad reproductiva, otras en cambio sienten alivio.
- Algunas mujeres tienen temor de perder el deseo sexual, sentirse menos atractiva físicamente y tener embarazos no deseados.
- Algunas mujeres suelen sentir en este período trastornos de ansiedad, depresiones.
- En lugares de extrema pobreza, las mujeres argumentan “se me cortó”, sin mayor preocupación.
- Algunas mujeres, no tienen temor a perder el deseo sexual.

Hay coincidencias con los varones que:

- Sienten temor a perder el deseo sexual, a envejecer y declinar en las funciones sexuales.
- Sienten temor y lo viven como una etapa de pérdida.
- Etapa de cambios en el cuerpo, en lo emocional y sociocultural.

En la pregunta 2: ¿Cuáles son las manifestaciones biosicosociales que presentan los consultantes en el climaterio?

Hay coincidencias, y se puede sintetizar:

- En las mujeres sensación subjetiva de diversas manifestaciones biológicas (sofocos, insomnio, sequedad vaginal, palpitaciones, pérdida de memoria, dolor en articulaciones, etc.) Emocionalmente (ansiedad, irritabilidad, etc.) significa una crisis vital. Aunque no todas las personas manifiestan necesariamente todos los síntomas asociados al climaterio.
- El climaterio está asociado en varones y mujeres a la edad madura.
- Angustia por la culminación de la vida reproductiva.
- Duelo por las pérdidas de pareja, pares amigos.
- Sensación subjetiva de imposibilidad de comenzar una nueva relación
- Duelo por la partida de hijos (estudio, casamiento, etc.)
- Duelo por la muerte de los padres.
- Angustia por la etapa de jubilación.
- Algunas mujeres manifiestan alivio por dejar de menstruar y disfrutar de la sexualidad, sin temor a embarazos no deseados.
- Etapa para algunas de disfrutar de los nietos.
- Etapa de estar más libres de horarios.
- Etapa de angustia para aquella mujer que deseaba ser madre, y no pudo concretarlo.

- Algunos varones (con nivel educativo alcanzado terciario u universitario) desconocen intelectualmente que existe el climaterio.
- Algunos varones tienen problemas de relación con la pareja.
- Algunos varones tienen depresión y ansiedad
- Algunos varones expresan que sienten cambios de humor, se sienten irritables, de mal humor.
- Algunos hablan de problemas en la erección, de pérdida de la fuerza eyaculatoria y o urgencias urinarias.
- Algunos varones se sienten presionados por la situación laboral, económica.
- Algunos varones consultan por problemas de sueño, irritabilidad.
- Preocupación por hacer lo que antes se hacía sin dificultad.
- En **ambos** se puede ser etapa de reencuentro con la pareja, el cambio de pareja o asumir no compartir con nadie
- Etapa de mayor libertad, de autonomía de pensamiento y valores afianzados.
- Época de acompañamiento de padres mayores.
- Época de experiencia con nietos.
- Los varones se sienten más preocupados que las mujeres por su sexualidad; en cambio las mujeres se sienten menos preocupadas de quedar embarazada sin desearlo.

En la pregunta 3 **¿Cómo construyen los proyectos de vida los consultantes (varones y las mujeres) el proyecto de vida en la etapa del climaterio?** Hay coincidencias y se sintetiza:

- Disfrutar logros
- Afianzamiento de redes afectivas
- Realización de proyectos postergados
- Apertura de experiencias nuevas
- Pequeños o grandes proyectos sin que la etapa les modifique su accionar
- Capacidad de resiliencia
- Participan de entidades de bien público, asociaciones benéficas o emprendimientos personales: talleres de arte, pintura, etc.
- Algunas mujeres se proyectan con una vida más tranquila sin menstruación (no preocupadas por lo reproductivo, ni por la incomodidad que les causaba).
- Muchos se proyectan su capacidad de disfrutar (viajes), dejar de tener obligaciones (horarios).

Hay que hacer notar que lo sociocultural tiene su influencia. En la provincia de Catamarca, por ejemplo, lugar donde las mujeres viven hasta los noventa años aproximadamente, las mujeres no conocen qué les pasa, ni tampoco hacen proyectos de vida, según pudo hablarse con los informantes claves entrevistados.